



**Sandra Maria
Sousa Silva
Marques**

**A Intervenção do Enfermeiro de Família
no Ajustamento Mental da Pessoa com
Úlcera Crónica nos Membros Inferiores**

The Family Nurse's Intervention in Mental Adjustment in the Person
with Chronic Ulcer in the Lower Limbs



**Sandra Maria
Sousa Silva
Marques**

A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores

The Family Nurse's Intervention in Mental Adjustment in the Person
with Chronic Ulcer in the Lower Limbs

Relatório de Estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica do Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões, Professor Adjunto da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes, Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Bragança.

Dedico este trabalho às pessoas que me apoiaram,
independentemente da forma, nos momentos mais difíceis
deste percurso.

O júri

Presidente

Professora Doutora Marília dos Santos Rua

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Aveiro – Universidade de Aveiro

Arguente

Professora Doutora Conceição Rainho

Professora Coordenadora da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Orientador

Professor Doutor João Filipe Fernandes Lindo Simões

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Aveiro - Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Apesar deste trabalho ser de carácter individual, a realização do mesmo só se tornou possível, pelo esforço coletivo, independentemente do seu contributo, de um grupo de pessoas às quais não poderia deixar de agradecer.

Ao Professor Doutor João Filipe Lindo Simões pela sua orientação e por todo o apoio prestado ao longo deste percurso, bem como pela motivação para a concretização do trabalho, em alturas em que tudo parecia de difícil resolução.

À Professora Doutora Adília Fernandes pelos seus comentários oportunos ao longo da coorientação deste documento.

À enfermeira Maria do Carmo pelo apoio e pela ajuda prestada sempre que dela necessitei, também por me ter permitido a operacionalização do meu estágio da melhor forma possível.

A todas as enfermeiras, da USF Águeda + Saúde e da UCSP Águeda II, por terem colaborado comigo durante o processo de recolha de dados, já que, parte dele, dependeu do seu trabalho.

O meu especial agradecimento a todos os utentes e famílias que aceitaram participar no estudo, pela disponibilidade demonstrada e pela abertura mostrada na partilha dos seus sentimentos.

Às minhas amigas Luciana e Paula pela entreaajuda, pela amizade e palavras de incentivo partilhadas ao longo deste tempo.

À minha Família, em especial à minha mãe e à minha sogra, pela ajuda, motivação e incentivo que me deram ao longo desta etapa.

Por fim, mas não menos importantes, ao meu marido e aos meus filhos, os meus melhores amigos.

A todos o meu muito obrigada!

Palavras-chave

Ajustamento Mental, *Enfermagem Familiar, *Úlcera da Perna, *Úlcera do Pé (*de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde¹)

Resumo

No âmbito do 3º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, foi desenvolvido um estágio de natureza profissional na Unidade de Saúde Familiar Águeda + Saúde (ACeS Baixo Vouga), por se considerar ser o contexto de excelência para o exercício das competências do enfermeiro de família. Além disso, serviu de contexto à realização de um trabalho de investigação sobre o impacto da intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental em utentes com Úlceras Crônicas nos Membros Inferiores (UCMI).

Neste sentido, este relatório procurou descrever e fazer uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas, dificuldades sentidas e situações marcantes do estágio e ainda descrever o estudo de investigação concretizado. Este estudo teve como objetivos avaliar o ajustamento mental e, ainda, compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de família, em utentes com UCMI, presumivelmente não ajustados mentalmente, na USF Águeda + Saúde.

Realizou-se um estudo de natureza quantitativa, cumprindo um dos ciclos de uma investigação-ação, visto que foi realizado um diagnóstico inicial, implementada uma intervenção e realizada nova avaliação e sugeridas medidas corretivas. Deste modo, foi utilizada a Escala de Ajustamento Mental à Doença (EAMD), como instrumento de avaliação do ajustamento mental e, ainda, um formulário que permitiu efetuar a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, bem como proceder à caracterização das úlceras.

Os participantes no estudo apresentavam uma média de idades de 72,24 anos, ligeira predominância do sexo masculino, a maior parte dos quais reformados, com o 1º Ciclo do Ensino Básico. As úlceras na sua maioria eram de etiologia venosa, com um tempo de evolução inferior a seis meses, tratando-se sobretudo de recidivas. A maioria dos participantes referia “sentir dor sempre”.

No momento 1 de colheita de dados, as subescalas com o maior número de participantes classificados como ajustados foram a “Espírito de Luta” e a “Desespero / Desesperança”. No momento 2, as subescalas que revelaram, possivelmente, uma intervenção mais profícua foram a “Preocupação Ansiosa” e a “Evitamento / Negação”, com todos os participantes classificados como “não ajustados” no momento 1 a passarem a “ajustados” no momento 2”. A única subescala cujo número de participantes se revelou o mesmo nos dois momentos foi a “Espírito de Luta”.

Realizando um balanço global do estágio, somos da opinião que foram desenvolvidas as competências esperadas e cumpridos os objetivos delineados previamente. Pensamos que a nossa intervenção nos utentes com UCMI foi positiva revelando-se, promotora de ajustamento mental, tendo sido possível, ainda, obter dados muito particulares, os quais constituíram, a nosso ver, uma oportunidade de reflexão. Acreditamos, assim, que a intervenção do enfermeiro de família é relevante para o ajustamento mental destes utentes.

¹ http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?IscScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&interface_language=p&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start

Keywords

Mental Adjustment, *Family Nursing, *Leg Ulcer, *Foot Ulcer
(*according to Descriptors in Health Sciences)²

Abstract

In the context of the 3rd semester of the 2nd year of the MSc in Family Health Nursing, a professional internship was carried out at Águeda + Saúde Health Unit (ACeS Baixo Vouga) as it is considered to have excellent conditions in order to perform the nursing skills needed in this area of family nursing. In addition, it had the ideal conditions for conducting research on the problem of mental adjustment of chronic ulcers in the lower limbs (UCMI) and the impact family nurse intervention has on an outpatient setting or treatment room setting.

This aims of this work is to describe and present a critically reflective analysis of the competencies developed, the difficulties and challenges in the different stages of the internship and, also in the context of this research. The purpose of this study was to evaluate the mental adjustment or not adjusted, if that was the case, and to understand the impact of nursing (family nurse) intervention on patients with UCMI at USF Águeda + Saúde,

A quantitative study was carried out, fulfilling one of the cycles of the process action research, so the combining of methods - initial diagnosis, implementing an intervention followed by a new evaluation was essential. Thus, the Mental Adjustment Scale (EAMD) was used as an instrument for the evaluation of mental adjustment and a form which allowed for the characterization of the sociodemographic and clinical background of the participants, but also to categorize the ulcers. The participants' mean age was 72,24 years; of the sample there as, slight male predominance. Almost all of them are retired and completed only elementary education. The ulcers were mostly of venous origin with less than six months in duration, being mainly relapses. Most participants reported experiencing pain always.

In the first stage of data collection we used subscales and the highest number of participants classified as adjusted were "will power to struggle" and "Desperate /Hopeless". The second stage subscales revealed a necessity for a more prolific intervention for there was "Overanxious" and "Avoidance/Denial" and all participants who were classified as "unadjusted" at first changed to "adjusted" in the next stage. The only subscale whose number of participants proved the same at both moments were the group classified "the will power to struggle".

The overall assessment of the internship leads us to believe that the expected competencies were developed and that the previously outlined objectives were fulfilled. We trust that our intervention was positive and perhaps will contribute towards an evolution in the area of the UCMI. It also gave us the possibility to obtain very specific data, which in our point of view, has been a prolific opportunity for reflection. Therefore, it is our belief that the intervention developed might have been relevant for the mental adjustment of people with UCMI.

² http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IscScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&interface_language=p&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start

Abreviaturas e Siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
cm - centímetros
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral de Saúde
DL – Decreto-Lei
DM – Diabetes *Mellitus*
DP – Desvio Padrão
EAMD – Escala de Ajustamento Mental à Doença
ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
HTA – Hipertensão Arterial
IMC – Índice de Massa Corporal
IPB – Instituto Politécnico de Bragança
Kg - Kilogramas
MESF – Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar
Mini-MAC – Mini - *Mental Adjustment to Cancer Scale*
MMSE – Mini Mental *State Examination*
ONU – Organização das Nações Unidas
SIMSNS – Sistema Informático e Monitorização do Sistema Nacional de Saúde
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UCMI – Úlcera Crónica do Membro Inferior
USF – Unidade de Saúde Familiar
UTAD – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	18
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	20
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	26
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	32
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	34
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	38
2.1. A Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores	38
2.2. Impacto da Úlcera Crónica nos Membros Inferiores na Pessoa e sua Família	44
2.3. A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental das Pessoas com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores.....	47
3. METODOLOGIA.....	52
3.1. Tipo de Estudo	52
3.2. População e Amostra	54
3.3. Procedimento de Recolha de Dados.....	55
3.4. Variáveis em Estudo.....	60
3.5. Tipo de Intervenção.....	61
3.6. Procedimentos Éticos.....	64
3.7. Procedimentos de Análise de Dados	66
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	68
4.1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes.....	68
4.2. Caracterização Clínica dos Participantes.....	69
4.3. Caracterização das Úlceras dos Participantes	70
4.3.1. Caraterização da Fisiopatologia da Úlcera	70
4.3.2. Caracterização Anatómica das Úlceras	71
4.3.3. Caracterização do Tipo de Drenagem das Úlceras	72
4.4. Ajustamento Mental dos Participantes no Momento 1	73
4.4.1. Ajustamento Mental dos Participantes no Momento 1 por Subescala.....	73
4.4.2. Resultados do Ajustamento Mental no Momento 1 Através da Classificação “ajustado / não ajustado” por Subescala.....	74

4.4.3.	Caracterização Sociodemográfica e Clínica Através da Classificação “ajustado / não ajustado” no Momento 1	75
4.4.4.	Caracterização das Úlceras dos Participantes Através da Classificação “ajustado / não ajustado” no Momento 1	77
4.5.	Ajustamento Mental dos Participantes no Momento 2	79
4.5.1.	Ajustamento Mental dos Participantes no Momento 2 por Subescala da EAMD 79	
4.5.2.	Resultados do Ajustamento Mental no Momento 2 Através da Classificação “ajustado / não ajustado” por Subescala	79
4.5.3.	Caracterização Sociodemográfica e Clínica Através da Classificação “ajustado / não ajustado” no Momento 2	80
4.5.4.	Caracterização das Úlceras dos Participantes Através da Classificação “ajustado / não ajustado” no Momento 2	82
4.6.	Resultados da Análise Comparativa do Ajustamento Mental entre o Momento 1 e o Momento 2 através da Classificação “ajustados / não ajustados” por subescala	84
5.	DISCUSSÃO	86
6.	CONCLUSÕES DO ESTUDO	96
	SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO	98
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102

ANEXOS

Anexo I – Autorização da Coordenadora da UCSP Águeda II para aplicação do estudo

Anexo II – Escala Mini Mental *State Examination*

Anexo III – Autorização para utilizar do Índice de Barthel

Anexo IV – Autorização para utilizar a EAMD

Anexo V – Autorização da coordenadora da USF Águeda + Saúde para aplicação do estudo

Anexo VI – Parecer da comissão de ética da ARS Centro

APÊNDICES

Apêndice I – Formulário utilizado na investigação

Apêndice II – Manual de Intervenção do Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores

Apêndice III – Folheto Geral – Manual de Intervenção do Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores

Apêndice IV – Folhetos pelas diversas dimensões de EAMD – Manual de Intervenção do Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores

Apêndice V – Declaração de consentimento informado

Lista de Figuras

Figura 1 - Pirâmide etária da população inscrita na USF Águeda + Saúde, em 03/2018 (Fonte: (SIMSNS, 2018)	21
Figura 2 - Espiral de ciclos da investigação-ação (Coutinho et al., 2009, p. 366)	53

Lista de Quadros

Quadro 1 - Indicadores demográficos relativos à população inscrita na USF Águeda + Saúde em 03/2018 (Fonte: Min@uf)	22
Quadro 2 - Interpretação do Índice de Barthel (Araújo et al., 2007)	57
Quadro 3 - Itens por subescalas da EAMD (Ribeiro <i>et al.</i> , 1999; Sá, 2001)	58
Quadro 4 - Pontos de corte para a classificação "ajustados" versus "desajustados nas diversas dimensões da EAMD (Alves, 2017)	59
Quadro 5 - Variáveis de atributo, dependentes e independentes do presente estudo de investigação.....	61
Quadro 6 - Áreas de Ajustamento Mental não ajustadas e respetivas intervenções Psicoeducativas de Enfermagem.....	63

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Utentes inscritos na USF Águeda + Saúde por grupo etário de acordo com o DL 298/2007 (Fonte: SIMSNS (2018), 03/2018)	21
Tabela 2 - Valores da consistência interna da EAMD por subescala através do cálculo do <i>alfa de cronbach</i> dos diferentes estudos	59
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=21).....	69
Tabela 4 - Caracterização clínica dos participantes (n=21).....	70
Tabela 5 - Caracterização da fisiopatologia da úlcera (n=21)	71
Tabela 6 - Caracterização anatómica das úlceras (n=21)	72
Tabela 7 - Caracterização do tipo de drenagem das úlceras (n=21).....	73
Tabela 8 - Caracterização do ajustamento mental no momento 1 por subescala da EAMD (n=21)	74
Tabela 9 - Caracterização do ajustamento mental no momento 1 através da classificação "ajustados / não ajustados" por subescala da EAMD (n=21)	74
Tabela 10 - Caracterização sociodemográfica através da classificação "ajustado / não ajustado" no momento 1 (n=21).....	76
Tabela 11 - Caracterização clínica dos participantes através da classificação "ajustado / não ajustado" no momento 1 (n=21)	77
Tabela 12 - Classificação das úlceras através da classificação "ajustado / não ajustado" no momento 1 (n=21)	78
Tabela 13 - Caracterização do ajustamento mental no momento 2 por subescala da EAMD (n=21)	79
Tabela 14 - Caracterização do ajustamento mental no momento 2 por subescala através da classificação "ajustado / Não ajustado" (n=21)	80
Tabela 15 - Caracterização sociodemográfica através da classificação "ajustado / não ajustado" no momento 2 (n=21)	81
Tabela 16 - Classificação clínica dos participantes através da classificação "ajustado / não ajustado" no momento 2 (n=21)	82
Tabela 17 - Classificação das úlceras através da classificação "ajustado / não ajustado" no momento 2 (n=21)	83
Tabela 18 - Resultados da análise comparativa do ajustamento mental entre o momento 1 (n=21) e o momento 2 (n=21) através da classificação de "ajustados / não ajustadas" por subescalas	85

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º semestre do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (MESF) da Escola Superior de Saúde – Universidade de Aveiro (ESSUA) num consórcio com a Escola Superior de Saúde de Vila Real – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) e a Escola Superior de Saúde de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança (IPB), foi desenvolvido um estágio de natureza profissional na Unidade de Saúde Familiar (USF) Águeda + Saúde, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Vouga da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro, do qual resultou o presente relatório.

A saúde e a doença, interligadas, constituem um processo influenciado por fatores sociais, económicos, culturais e históricos. Isso significa que o perfil de saúde e doença altera-se no tempo e no espaço, segundo o grau de desenvolvimento económico, social e humano de cada região (Laurell, 1982). Em 2000, e tendo em vista a melhoria do estado de saúde da população, a Organização das Nações Unidas (ONU) apresentou a Declaração do Milénio onde os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e o Enfermeiro de Família alcançam um papel de destaque, com Portugal a ser um dos 189 estados que subscreveu esta Declaração. Também a inclusão da família, enquanto alvo de cuidados de enfermagem, enquadrou-se, internacionalmente, no Programa Operacional Saúde XXI. Segundo o Relatório Mundial de Saúde dos CSP da Organização Mundial de Saúde (2008), as exigências em Saúde alteraram-se na mesma medida em que a própria sociedade também se modificou, colocando ao enfermeiro novos desafios ao nível dos cuidados primários, uma vez que é reconhecido o seu contributo na promoção da saúde familiar e coletiva, quer como profissional de saúde, quer como gestor e organizador dos recursos assentes na família e capazes de contribuir para a transformação de determinadas situações. Daí a necessidade de repensar constantemente as políticas de saúde e ajustá-las às particularidades de cada comunidade para dar resposta efetiva às verdadeiras necessidades de saúde. Neste contexto, surge reforçado o papel dos profissionais de enfermagem dadas as suas competências específicas enquanto agentes na promoção e educação para a saúde em contexto comunitário (Organização Mundial de Saúde, 2008).

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2010) criou o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, com base em orientações emitidas pela Assembleia do Comité Regional da OMS para a Europa em 1998 – *Health 21*, estabelecendo, assim, as competências do enfermeiro de família em cuidar da família como unidade de cuidados ao longo do seu ciclo vital e intervindo ao nível da prevenção primária, secundária e terciária. Este documento foi, posteriormente, publicado em Diário da República através do Regulamento no 126/2011 (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Desta forma, surge a Enfermagem de Saúde Familiar como resposta à necessidade de cuidar da família como um todo e não apenas dos seus elementos individualmente.

Para além da realização de todas as atividades intrínsecas ao estágio, a unidade de saúde onde o mesmo se realizou subvencionou, igualmente, o contexto para a concretização de um trabalho de investigação alicerçado numa problemática antes reconhecida e relacionada com o papel do enfermeiro de família: o Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores (UCMI).

De facto, a úlcera crónica de perna que envolve entre 1 a 1,1 % da população mundial (*Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers*, 2011), esta é definida como uma ferida que não cura num intervalo de 6 semanas, apesar da terapia apropriada, constituindo um grave problema de saúde pública a nível mundial, não só pela sua prevalência como, também, pelos recursos que consome e pela alta taxa de absentismo que acarreta (Bistoreanu & Teodorescu, 2009; Fonder, Lazarus, Cowan, & Mamelak, 2008; Nelzen & Bergqvist, 1991). Em Portugal, a úlcera de perna é, de facto, um problema grave, que compromete a qualidade de vida global, causa degradação na qualidade de vida do seu portador e, consequentemente, reduz a produtividade a nível laboral, com as compreensíveis repercussões sociais e económicas (Rocha, Cunha, Dinis, & Coelho, 2006) que se estendem até à dinâmica familiar.

O desenvolvimento de uma situação de saúde/doença, nas quais se integram a presença de UCMI, ao longo do ciclo vital individual e familiar vai afetar a sua estabilidade e, por conseguinte, a saúde da própria família, exigindo para os mesmos a aquisição de estratégias de *coping* eficazes de modo a minimizar o impacto das suas repercussões, com vista ao equilíbrio, pelo que se justifica assim a pertinência da temática deste projeto de relatório de estágio (Peixoto & Santos, 2009). Atendendo à cronicidade da doença, o papel do enfermeiro é fulcral para facilitar a adaptação à doença e às mudanças daí decorrentes e para fornecer recursos e estratégias capazes de concorrer para a melhoria do seu bem-estar (Sá, 2001).

Após o diagnóstico da UCMI, muitas pessoas, perante as alterações e os efeitos negativos no seu dia-a-dia, procuram novas maneiras de lidar com a doença e reorganizar a sua vida. Estas pessoas precisam de ajustamento, sendo este uma resposta a uma mudança no ambiente que permite que um organismo se adapte adequadamente à transformação em vários domínios da vida. Ora, tendo em conta estes objetivos, reconhece-se a importância do ajustamento mental do doente face às incertezas, às alterações emocionais, ao diagnóstico da doença crónica, contribuindo esse ajustamento mental para a aceitação e a promoção do autocuidado do doente. (Afonso, 2011)

Justificando a escolha do nosso tema, o presente estudo teve como fonte de motivação a experiência profissional e a necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências no respeitante a esta patologia (UCMI), com o intuito de promover o ajustamento mental do portador de UCMI e, por conseguinte, promover possíveis melhorias na qualidade de vida deste. Através da realização deste estudo, esperou-se aprofundar o conhecimento com vista

a uma melhor percepção e compreensão do fenómeno em estudo – (UCMI) - e refletir sobre aspetos decorrentes da situação clínica dos doentes com esta alteração.

Assim, o primeiro objetivo deste relatório é o de descrever e refletir acerca do trabalho realizado na USF Águeda + Saúde como estudante do curso de MESF a desenvolver um estágio de natureza profissional, observando de forma crítica e ponderada as competências desenvolvidas, bem como os entraves e as situações relevantes que surgiram. Outro objetivo é o de apresentar um estudo empírico, integrado no referido estágio, que visou, sobretudo, avaliar o ajustamento mental dos utentes com UCMI e compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de família, neste ajustamento.

Relativamente à estrutura, o presente relatório de estágio encontra-se dividido em diversas partes: além da presente introdução, o primeiro capítulo apresenta a análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências com o estágio na USF Águeda + Saúde; o segundo capítulo respeita ao estudo empírico, destacando-se os vários pontos – contextualização do estudo; enquadramento teórico; metodologia seguida com especial enfoque no “Manual de Intervenção do Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores” e no instrumento criado para a recolha de dados; apresentação de resultados; discussão e conclusões do estudo, além das referências bibliográficas que sustentam todo o trabalho apresentado; é ainda composto por uma síntese conclusiva, apêndices e anexos necessários para completar alguma informação presente no relatório.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

A Unidade Curricular de Estágio encontra-se integrada no 3º semestre do 2º ano do Curso de MESF, organizado em consórcio, pelas ESSUA, da UTAD e do IPB no ano letivo 2017/2018. Este estágio, de natureza profissional, decorreu na USF Águeda + Saúde no período compreendido entre setembro de 2017 e fevereiro de 2018, num total de 480 horas, sob orientação do Professor Doutor João Filipe Simões e a supervisão da Enfermeira Maria do Carmo Martins, Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária.

A USF Águeda + Saúde tem, como área de influência, a população residente na freguesia de Águeda; trata-se de uma unidade monopolar, dado que a equipa desenvolve as suas atividades sempre nas mesmas instalações físicas e encontra-se integrada no ACeS Baixo Vouga pertencente à ARS do Centro. Esta unidade de saúde está sediada nas instalações do Centro de Saúde de Águeda, na Avenida Calouste Gulbenkian, encontrando-se em funcionamento desde 24 de setembro de 2013. Garante aos seus utentes a acessibilidade a consultas médicas e de enfermagem das 08:00 às 20:00 horas, de segunda a sexta-feira, assim como a cuidados de enfermagem no domicílio. Tem como Missão "...prestar cuidados de saúde primários de qualidade à população nela inscrita, contribuindo para a vigilância e promoção da saúde, através de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das situações de doença"(USF Águeda + Saúde, 2013, p.10).

É composta por uma equipa multiprofissional constituída por 6 médicos, 6 enfermeiros e 5 assistentes técnicas. A Unidade encontra-se organizada por equipas, ou seja, a um grupo de utentes corresponde um enfermeiro e um médico de família, a quem são prestados, sempre que possível, todos os cuidados necessários ao longo do seu ciclo vital.

Em termos de espaço físico, os profissionais organizam-se por módulos onde trabalham dois enfermeiros de família e dois médicos de família estando afetos a estes profissionais, dois gabinetes médicos, uma sala de tratamentos, dois gabinetes de consultas de enfermagem e uma sala para realização de consultas de planeamento familiar. Esta equipa presta cuidados de saúde de proximidade e personalizados à população inscrita na unidade, na sua área de influência, oferecendo consultas programadas, atendimento de situações de doença aguda durante todo o horário de funcionamento, cuidados de enfermagem e cuidados domiciliários.

Na referida unidade a prestação de cuidados de enfermagem inclui as consultas de enfermagem sistematizadas que permitem cuidar a família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos nas diferentes etapas do ciclo de vital da família aos diferentes níveis de prevenção no âmbito dos diferentes programas de saúde (saúde materna, infantojuvenil, planeamento familiar e de rastreio oncológico; Diabetes *Mellitus* [DM]; hipertensão arterial [HTA]); vacinação e tratamento de feridas) aos utentes/famílias inscritos(as) nesta unidade de saúde. A atividade destes enfermeiros de família baseia-se na articulação com toda a equipa de saúde, com os

recursos existentes na comunidade e os existentes a nível institucional em prol do bem-estar dos utentes e das suas famílias.

Esta unidade garante atualmente uma resposta assistencial a 9992 utentes, num total de 12888,50 unidades ponderadas. Destes utentes, 4737 (47,41%) correspondem ao sexo masculino e 5255 (52,59%) ao sexo feminino. A maioria dos utentes (73,22%) situa-se na faixa etária entre os 7-64 anos, como podemos constatar através da observação da Tabela 1.

Tabela 1 - Utentes inscritos na USF Águeda + Saúde por grupo etário de acordo com o DL 298/2007
(Fonte: SIMSNS (2018), 03/2018)

n.º de utentes Grupo Etário	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
≤ 6 anos	309	253	562
7 – 64 anos	3493	3823	7316
65 – 74 anos	507	604	1111
≥75 anos	428	575	1003
Total	4737	5255	9992

No que se refere à pirâmide etária, esta segue a tendência nacional, onde podemos notar o estreitamento da base e do topo com o alargamento da zona central, como se observa na Figura 1.

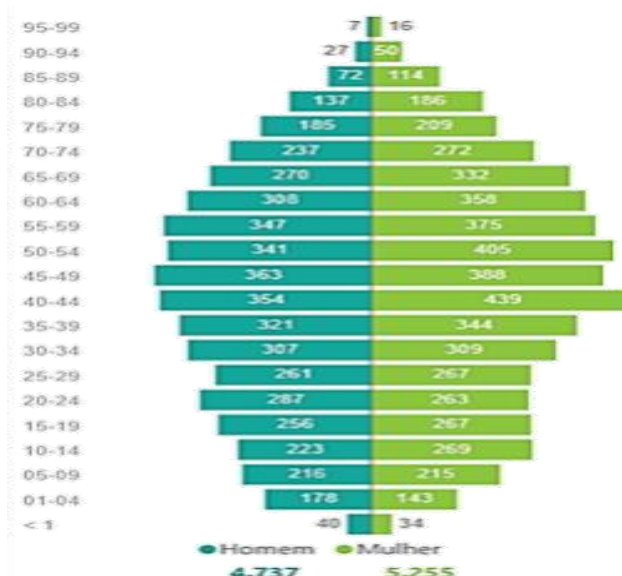


Figura 1 - Pirâmide etária da população inscrita na USF Águeda + Saúde, em 03/2018 (Fonte: SIMSNS, 2018)

Relativamente aos indicadores demográficos da população inscrita na USF Águeda + Saúde, verifica-se, pela análise do Quadro 1, que a população inscrita nesta unidade segue a tendência nacional de envelhecimento populacional ao evidenciar um índice de longevidade de 47,69%, um índice de dependência total de 52,32%, um índice de dependência de jovens de 20,09%, e de idosos de 32,23% e um índice de envelhecimento de 161,55%. Contudo, da análise do mesmo

quadro, é possível notar que a percentagem de população ativa se situa nos 65,55%, percentagem animadora face ao envelhecimento.

Quadro 1 - Indicadores demográficos relativos à população inscrita na USF Águeda + Saúde em 03/2018 (Fonte: Min@uf)

Indicadores Demográficos	%
Índice de Dependência Total	52,32
Índice de Dependência de Idosos	32,23
Índice de Dependência de Jovens	20,09
Índice de Longevidade	47,69
População Ativa	65,55
Índice de Envelhecimento	161,55

Analisando agora o desempenho ao longo do estágio de natureza profissional, a minha prestação de cuidados incidiu, maioritariamente, sobre o ficheiro da minha supervisora, a enfermeira Maria do Carmo Martins, mas também abrangeu todos os utentes com UCMI de todos os ficheiros da USF Águeda + Saúde, no âmbito do trabalho de investigação já referido. O ficheiro de utentes, aos quais prestei cuidados, é composto por 1642 utentes, 47,50% do sexo masculino e 52,50% do sexo feminino. No que se refere aos programas de saúde ativos, podemos constatar que, neste ficheiro, no período de realização do estágio, 20 são codificados como utentes dependentes; 147 utentes com o programa de HTA; 131 com o programa de DM; 301 com o programa de saúde infantojuvenil; 367 em vigilância de planeamento familiar e rastreio oncológico; 7 em vigilância de saúde materna e 16 com o programa de tratamento de feridas (dados obtidos através do programa informático SClinico³ dos CSP).

Para o cumprimento dos objetivos definidos e desenvolvimento de competências propostas para este estágio (presentes no Guia Orientador de Estágio facultado pela ESSUA) foi fundamental a orientação/supervisão da enfermeira Maria do Carmo Martins e do Professor Doutor João Filipe Simões. Para alcançar o proposto, foi também necessária a realização de diversas atividades que me permitiram, enquanto estudante, consolidar conhecimentos e operacionalizar as competências adequadas, quer ao nível dos cuidados de enfermagem diretos aos indivíduos/famílias, quer ao nível da implementação das diversas etapas do processo de investigação, através de um acompanhamento personalizado por parte de todos os implicados neste processo de aprendizagem.

Considerando o referido Guia Orientador de Estágio, com este estágio de natureza profissional pretendeu-se atingir os seguintes objetivos (ESSUA, IPB, & UTAD, 2017):

- Cuidar a família como uma unidade de cuidados;

³ Todos estes dados foram consultados pela enfermeira supervisora e posteriormente cedidos com o objetivo de integrarem o presente relatório.

- Prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- Mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- Desenvolver, em parceria com a família, processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia.

Para que fossem desenvolvidas competências específicas à prestação de cuidados aos indivíduos e, inerentemente, às suas famílias ao longo de todo o seu ciclo vital, foi fulcral a mobilização de conhecimentos técnico-científicos adquiridos ao longo da formação académica e, posteriormente, operacionalizados no decorrer do estágio de natureza profissional. Araújo (2010) considera que as práticas em contexto de estágio, independentemente dos seus objetivos, são, regra geral, contextos muito privilegiados, pois, tratam-se de momentos do percurso formativo onde se passa da teoria à prática com a consequente operacionalização dos conteúdos teóricos e práticos. Não passa só por ser um fenómeno de aquisição de conhecimentos, mas também pela promoção e transformação da personalidade, induzindo mudanças na interação desta com o meio (Araújo, 2010). Face ao exposto, os cuidados de enfermagem à família visam atender às necessidades específicas de cada família em contextos significativos, o que exige aos enfermeiros conhecimentos em múltiplas dimensões (Kaakinen, Coehlo, Steele, Tabacco, & Hanson, 2015), tornando assim tão importante o contexto de estágio.

Para este efeito, foi proposto aos estudantes desenvolverem as seguintes competências (ESSUA et al., 2017):

- Cuida a família como unidade de cuidados;
 - Reconhecer a complexidade do sistema familiar considerando as suas características de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe conferem uma organização estrutural específica;
 - Perceber a família como unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais, intrínsecas ao ciclo vital;
 - Desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo;
- Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária secundária e terciária;
 - Realizar avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento;

- Reconhecer eventos de especial complexidade enunciando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- Realizar e avaliar intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar.

A exploração reflexiva acerca da concretização de cada um dos objetivos do estágio e respectivas competências, de forma a se compreender as atividades e estratégias desenvolvidas para a sua consecução, será abordada no subcapítulo que se segue.

Para além dos objetivos e das competências propostas, foram também, desenvolvidas competências a nível das metodologias de investigação, visto que, como foi referido na introdução deste relatório, foi nesta unidade funcional que tive a oportunidade de implementar o estudo de investigação sobre a Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental da Pessoa com UCMI, o qual será apresentado posteriormente no capítulo dedicado ao estudo empírico.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A família tem de ser vista como um sistema em que, quando existe um problema, num dos seus membros, tal se reflete nas relações como um todo, desestruturando-se quando tem dificuldades, necessitando de apoio para enfrentar as situações de doença no sentido de reestabelecer o seu equilíbrio (Correia, 2007; Hanson, 2005).

Não existindo famílias iguais, é preciso conhecer a sua história, os seus recursos internos e externos e as suas estratégias de *coping*, de forma a considerar a família como unidade de cuidados. Realizar uma intervenção ou sugerir uma mudança, nas perceções ou nos comportamentos, na família sem conhecê-la é o mesmo que estabelecer um tratamento sem um diagnóstico. Torna-se, assim, primordial o papel colaborativo e terapêutico do enfermeiro de família junto da mesma aquando do planeamento de cuidados, com o intuito de concretizar a adaptação aos processos de transição saúde/doença, capacitando-a para a maximização do seu potencial de saúde e fomentando a sua proatividade (Figueiredo, 2012; Freitas, 2009; Ordem dos Enfermeiros, 2011b; Wright & Leahey, 2012).

A família é considerada um "...sistema dinâmico em constante processo de interação relacional entre os seus subsistemas individuais, estejam eles em estado de saúde ou doença, pois a família busca "rearranjar-se" em situações de "desarranjo", adaptando-se às exigências do processo saúde-doença"(Silva, 2007, p. 40). Sendo que, perante a necessidade de mudança de comportamentos e atitudes, conhecimentos e habilidades que poderão ser exigidas no decurso de transição da saúde/doença, o indivíduo/família terá de mobilizar forças, recursos internos, ou mesmo externos, para ultrapassar este processo e responder eficientemente às novas exigências, favorecendo assim, o *coping* e a integração da experiência da transição saudável nas suas vidas. Caso contrário, poderá levar à rotura da sua identidade pela não satisfação das suas necessidades/capacidades, ocasionando uma transição não saudável (Bastos, 2013). Na mesma linha de pensamento, Mendes (2004) refere que o indivíduo necessita de manter um estado de equilíbrio não tolerando um estado de crise por muito tempo. Tendo em conta que perante uma situação de crise, algumas pessoas adotam respostas e mecanismos de superação de obstáculos que poderão levar a uma adaptação positiva - saudável, enquanto outras, poderão levar a ajustamentos não saudáveis e por conseguinte a uma deterioração psicossocial.

A transição saudável revela-se importante na medida em que auxilia o enfermeiro de família a perceber se todo o trabalho desenvolvido com o indivíduo/família foi bem-sucedido e/ou se este foi capaz de lidar com as mudanças na sua vida de forma positiva. É neste ponto que o enfermeiro pode descobrir fatores que condicionem o sucesso da transição e que o obriguem, em parceria com o indivíduo/família, a explorar um novo significado da transição na sua vida, traçando novos objetivos e reestruturando novas rotinas, a fim de assegurar que consigam cumprir a transição saúde/doença de forma eficaz (Bastos, 2013).

Para que tal aconteça, Wright e Leahey (2012), referem que é premente que os enfermeiros desenvolvam saberes em áreas específicas para que, dessa maneira, os possam incorporar numa abordagem à família. Só assim, poderão ser desenvolvidas práticas confiáveis, garantindo, desta forma, a qualidade dos cuidados prestados. Os mesmos autores reforçam esta mesma ideia referindo que a enfermagem tem o compromisso e obrigação de envolver as famílias nos cuidados de saúde. Pois é nesta que se centra o processo de desenvolvimento individual e social do ser humano, desempenhando um papel importante na saúde e contribuindo para o bem-estar dos diferentes elementos que compõem a estrutura familiar. Tornando-se assim fulcral a preocupação e o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de saúde, tendo como norte a promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar (Bezerra et al., 2013).

Desta forma, a enfermagem de família enquanto área disciplinar, deverá identificar o sistema familiar como sendo o responsável pela saúde dos seus membros, pois é ao enfermeiro de família que cabe o papel de capacitar (*empowerment*) a família, envolvendo-a na procura de soluções para os seus problemas, no planeamento e na execução das intervenções, para que, desta forma, possa desempenhar um papel preponderante, conducente ao bem-estar de todo o sistema familiar e assim conseguir desenvolver estratégias de *coping* para a tomada de decisão autónoma da família, estratégias estas que serão necessárias ao longo do ciclo da vida familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Ao longo dos dois semestres do primeiro ano do curso de MESF, tive a oportunidade, através de uma abordagem critico-reflexiva, entre outras estratégias, de construir conhecimentos, entre os quais os anteriormente explorados, na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Esses conhecimentos permitiram, no decorrer deste estágio de natureza profissional, apesar da minha experiência de prática efetiva em CSP, de cerca de 12 anos em contexto de UCSP, perspetivar, sob outro prisma, o potencial dos cuidados prestados pelo enfermeiro de família. Desta forma e como referem, Simões, Alarcão e Costa (2008), os momentos de prática clínica constituem momentos importantes de aprendizagem e de desenvolvimento individual e profissional, cabendo aos profissionais de saúde a atualização regular dos seus conhecimentos e por consequência das suas práticas, apostando nas intervenções autónomas (Araújo, 2010).

Este ciclo de estudos pós-graduado levou-me a questionar a minha forma de prestar cuidados e modos de atuação perante determinadas situações, fazendo-me, desta forma, perceber que o enfermeiro de família é, de facto, uma peça chave na resposta às necessidades da família, na identificação precoce dos fatores que interferem com a dinâmica familiar, reconhecendo o potencial do sistema familiar na promoção da sua própria saúde, atuando como parceiro na gestão da saúde familiar, ajudando na mobilização dos seus recursos necessários com o intuito de potenciar a sua máxima autonomia e servindo de elo de ligação entre a família e outros profissionais ou recursos da comunidade para garantir a equidade de acesso aos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2012).

Assim, penso que as atividades por mim desenvolvidas, na USF Águeda + Saúde permitiram-me, de uma forma geral, alcançar as competências e os objetivos inicialmente propostos para este estágio, ainda que, em alguns dos casos, o fator tempo tenha sido limitativo no seu desenvolvimento. Esta limitação verificou-se, sobretudo, e tendo em conta a atual estrutura de funcionamento das USF, na realização de uma correta avaliação familiar, nomeadamente no que se refere à aplicação dos instrumentos existentes para a sua sistematização, os quais tivemos oportunidade de conhecer na unidade curricular de Métodos e Técnicas de Avaliação Familiar, sem que para isso se comprometesse o tempo disponível para a prestação dos restantes cuidados de enfermagem inerentes à nossa prática.

Outra dificuldade sentida, especialmente no início do presente estágio, foi o estabelecer de uma relação terapêutica com o indivíduo / família, procurando intervir como enfermeira de família quando na realidade concreta não o era; contudo, para atingir esse objetivo, foi indispensável a presença da “real” enfermeira de família, minha supervisora de estágio, para o estabelecer dessa mesma relação. A concretização desta relação foi importante, pois os cuidados de enfermagem à família devem centrar-se na interação entre o enfermeiro e a família com a finalidade de se estabelecer uma relação interpessoal, com significado e terapêutica (Figueiredo, 2012). Todas as atividades desenvolvidas em conjunto com a minha supervisora revelaram-se enriquecedoras, devido ao seu conhecimento, a forma como perceciona os cuidados à família e o modo como presta cuidados.

Assim, e neste contexto, ao longo deste estágio, fui desenvolvendo, várias atividades inerentes à prestação de cuidados do enfermeiro de família, tendo sempre em conta o sistema familiar como uma unidade fundamental para o bem-estar individual e familiar e o facto de que as alterações do indivíduo afetam, também, os membros da família. Desta forma, tive a oportunidade de desenvolver competências de prestação de cuidados de enfermagem de família, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença ao longo do ciclo vital do indivíduo e da família (consultas de vigilância: HTA, Saúde Materna, Saúde Infantojuvenil, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico e Vacinação) e do tratamento da doença (tratamento de feridas agudas ou crónicas e administração de medicação). Os cuidados de enfermagem acima mencionados foram prestados tanto no contexto da USF como no domicílio, sendo que o domicílio é o local privilegiado para a prestação de cuidados aos utentes e seus familiares, por proporcionar a possibilidade do enfermeiro avaliar e intervir sobre os fatores familiares, socioculturais e económicos, que influenciam tanto o contexto como o resultado dos cuidados de enfermagem (Araújo, Paul, & Martins, 2010; Pinto, 2016).

No que diz respeito às competências “Cuida da Família como unidade de cuidados” e “Presta Cuidados Específicos nas Diferentes Fases do Ciclo de Vida da Família ao Nível da Prevenção Primária Secundária e Terciária” (ESSUA et al., 2017), considero que estas foram sendo desenvolvidas desde o início do estágio pelas atividades exercidas permitindo-me, assim, ir ao encontro do desenvolvimento esperado, enquanto aluna do Curso de MESF.

A primeira das competências mencionadas anteriormente foi desenvolvida, pois considero, que no final do estágio consegui prestar cuidados à família reconhecendo a sua complexidade e a sua especificidade de organização estrutural, tendo para isso prestado, desde o primeiro dia, cuidados a famílias únicas, pois cada uma tinha as suas especificidades (organização função e contexto) "...considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica." (ESSUA et al., 2017, p. 4). O desenvolvimento desta competência passou, ainda, pela prestação de cuidados a famílias em várias fases do seu ciclo vital (casais sem filhos, com filhos pequenos, idosos,...) o que me permitiu "conceber a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital" (ESSUA et al., 2017, p. 5). O facto de se prestar cuidados a toda a família, permitiu, assim, ter uma maior abrangência de todo o contexto familiar e, quando necessário, "desenvolver o processo de cuidados em colaboração com a família estimulando a participação significativa em todas as fases do mesmo" (ESSUA et al., 2017, p. 5). Porém, devido às especificidades e complexidade de cada família foi necessária a devida adaptação às características de cada uma. Como por exemplo o caso de uma família homossexual com um descendente (filha biológica de um dos elementos do casal). Quando veio à consulta de Saúde Infantil, apresentou a companheira da mãe biológica como sendo o seu "pai", parecendo-me que ambos teriam grande afinidade. Nos contactos posteriores para vacinação, foi a companheira da mãe que veio com a criança, tomando as decisões por esta.

No que diz respeito à segunda competência mencionada e tendo em conta a prestação de cuidados acima referida, foi-me permitido avaliar a família, qualquer que fosse o contexto da prestação de cuidados, nas dimensões estrutura, desenvolvimento e funcionamento (ESSUA et al., 2017). Para tal, realizei a avaliação familiar para perceber qual o seu estágio, quais os problemas de saúde inerentes e que alterações funcionais decorrem da cada transição daquele sistema familiar. A avaliação familiar permitiu-me, igualmente, conhecer a sua história, os recursos, as crenças e valores, o estilo de comunicação e a capacidade de tomar decisões desse sistema familiar (Figueiredo, 2011). Quando detetada alguma situação de crise ou alteração do estado de saúde de um indivíduo/família, penso ter sido capaz de reconhecê-lo, tendo a capacidade de formular "...respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar" e realizando e avaliando" intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar"(ESSUA et al., 2017, p. 5).

A intervenção do enfermeiro de família deverá ser direccionada com o intuito de trabalhar conjuntamente com a família e não para esta, devendo este promover a sua autonomia e capacidade de decisão tendo em conta a função dos seus valores (Potter & Perry, 2013). Assim sendo, tentei sempre que possível, o envolvimento da família em todo o processo, dentro daquelas que eram as minhas competências, encaminhando-os para outros profissionais, ou recursos da comunidade, quando pertinente. Esse mesmo, foi o caso de uma senhora com uma úlcera venosa recidivada no membro inferior, com uma evolução de cerca de dois meses, a

realizar terapia compressiva duas vezes por semana. Ao longo dos tratamentos que lhe efetuei, conjuntamente com a minha tutora, sua enfermeira de família, pudemo-nos aperceber que a utente tentava sempre que o tratamento fosse apenas efetuado uma vez por semana. Quando questionada, disse-nos que estava desempregada e que o marido era a única fonte de rendimento, logo era-lhe difícil pagar as taxas moderadoras e o transporte. Foi efetuada a avaliação sistematizada por dimensões do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar que permitiu identificar e enfatizar as forças e potenciais da família e mobilizar recursos internos e externos promotores de novas formas de interação. Decorrente da avaliação foi possível identificar forte coesão familiar, rendimento familiar insuficiente, Graffar Social de Grau IV, papel parental adequado e processo familiar disfuncional por comunicação não eficaz, pois esta sentia que nenhum dos membros da sua família se importava com o impacto que aquela úlcera crónica tinha na sua autoimagem. Face ao rendimento familiar ineficaz, foi contactada a assistente social com o intuito de esta ativar algumas respostas sociais em termos de alimentação. No que diz respeito ao processo familiar disfuncional, encetámos algumas tentativas para promover o envolvimento da família e a comunicação expressiva das emoções. O registo destas intervenções foi efetuado sempre que possível no SClínico, uma vez que o registo da avaliação e intervenção na família ainda se encontra em fase embrionária nesta ferramenta informática.

Assim sendo, a intervenção do enfermeiro de família no indivíduo e por conseguinte na família tem de ter em conta não só as suas necessidades de intervenção, mas também a sua individualidade. Sendo que uma situação de cronicidade, como é o caso da úlcera venosa acima referida, que se prolonga no tempo e que pode afetar a vida do seu portador e da sua família acarretando repercussões tanto a nível físico, como social e emocional; alterando a sua dinâmica familiar, envolvendo algum grau de incapacidade e requerendo uma ligação contínua aos serviços de saúde (Mendes, 2004). Na mesma linha de pensamento, mas reportando-se ao papel do enfermeiro no tratamento das úlceras, Paiva (2017) refere que, é fulcral o envolvimento da família ou de pessoas significativas no processo de tratamento das úlceras, pois desempenha um papel importante como cuidadores informais, devendo ser eles também alvo dos cuidados de enfermagem e dos ensinamentos, já que podem ser parceiros importantes não só no que concerne à prevenção mas também para a realização, a supervisão e cumprimento de pequenos cuidados que por vezes são de vital importância para a cicatrização das úlceras. Tendo em conta o impacto da doença crónica e o papel fulcral do enfermeiro como determinante no sucesso de adaptação do indivíduo e por conseguinte da família, por meio de fatores facilitadores à mobilização de recursos internos e externos conducentes ao ajustamento e sendo a área das úlceras aquela que mais me fascinou ao longo da minha carreira profissional nos CSP dispus-me a desenvolver um trabalho de investigação na área do ajustamento mental do portador de UCMI.

Através da realização deste trabalho de investigação foram também desenvolvidas competências a nível das metodologias de investigação, pois ao longo dos meses em que decorreu o estágio, pude avaliar o ajustamento mental à doença em pessoas com UCMI através da aplicação da EAMD antes e após uma intervenção padronizada, tendo como principal objetivo

determinar o impacto da intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental destas pessoas. A EAMD permitiu avaliar um conjunto de respostas tanto cognitivas como comportamentais face a um diagnóstico, neste caso o de cronicidade, por forma a avaliar o ajustamento mental do indivíduo a esse mesmo diagnóstico, permitindo assim, intervir de forma concertada. Esta intervenção foi concretizada pela aplicação do manual de intervenção de enfermagem sistematizado e operacionalizado por mim como veremos posteriormente. O referido manual foi previamente apresentado à equipe de enfermagem da USF Águeda + Saúde com o objetivo de obter contributos para o seu melhoramento.

Este estágio demonstrou, sem dúvida, ser uma experiência enriquecedora, tanto a nível pessoal como profissional, permitindo não só a consolidação de conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, mas também o meu crescimento pessoal e profissional.

Foi minha pretensão dar resposta a todos os objetivos estabelecidos para esta unidade curricular. Da mesma forma, penso ter alcançado as competências para o desempenho de funções como enfermeira de saúde familiar, avaliando e intervindo de forma sistémica e colaborativa, e assim melhorando a qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos / famílias.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido, concomitantemente, com o estágio de natureza profissional do Curso de MESF efetuado na USF Águeda + Saúde e, derivado da escassez de participantes que reunissem todos os critérios de inclusão para a investigação, alargado à UCSP Águeda II (Anexo I), após aprovação da coordenadora da mesma.

Sabendo que as úlceras de perna são uma condição comum, debilitante e crónica, e tal como acontece com a maioria das doenças crónicas, estas têm um impacto significativo, tanto no sistema de saúde como no indivíduo e suas famílias (Fearn, Heller-Murphy, Kelly, & Harbour, 2017; Templeton & Telford, 2010). Estas úlceras crónicas comprometem a qualidade de vida global e consequente produtividade a nível laboral, com as compreensíveis repercussões sociais e económicas (Rocha et al., 2006), igualmente extensíveis à esfera familiar da pessoa, o que dá um novo ímpeto à complexidade deste problema, justificando-se a necessidade premente destes fatores serem devidamente considerados e não subvalorizados (Sousa, 2009).

Costa et al. (2011) referem que, pelo facto de se possuir úlceras crónicas surgem algumas dificuldades que muitas vezes nem o portador destas nem a sua família estão preparados para enfrentar e nem a família se encontra apta a ajudar estes indivíduos a compreender todos os aspetos que envolvem este problema. Surge, assim, a necessidade de adaptação, tanto dos indivíduos como da sua família, a essa nova condição de vida que compromete o bem-estar mental, físico e social. Por tudo isto, torna-se imperiosa a obtenção de novas habilidades, incluindo revisão de valores, aquisição de novos conhecimentos tanto científicos como práticos relativos à úlcera, adaptação ao tratamento, além do encarar da sociedade. Na mesma linha de pensamento, Kravitz e Frey (1989) referem que a adaptabilidade necessária do indivíduo / família perante a presença de uma úlcera crónica pode ser explicada à luz do Modelo de Adaptação de Roy, que considera que tanto o indivíduo como a família e/ou comunidade estão em constante adaptação com o meio, de forma a manterem o equilíbrio. Para Rodrigues, Pagliuca e Magalhães (2004) este modelo abrange quatro formas diferentes de adaptação: o modo fisiológico; o modo de autoconceito; o modo de desempenho de papéis e o modo de interdependência. Sendo que o modo fisiológico, está relacionado com a satisfação das cinco necessidades fisiológicas básicas, aplicando-se ao indivíduo. O modo do autoconceito evidencia aspetos psicológicos e espirituais do ser humano, refere-se ao aglutinado de crenças e sentimentos do indivíduo numa determinada circunstância. O modo de desempenho de papéis, diz respeito ao modo como são explorados os padrões de interação pessoal, dando-se especial enfoque aos fatores relacionados com os papéis que o sujeito cumpre no meio social em que vive, bem como o seu desempenho. O modo de interdependência demarca as interações de dar e receber afeto, respeito e valor.

Tendo em conta estas premissas, a intervenção de enfermagem deve surgir quando os fatores do meio envolvente se tornam fontes de *stress* para aquela pessoa/família, na tentativa de que

não surja um desequilíbrio afetando a qualidade de vida de ambos. Peixoto e Santos (2009) referem ainda que cabe ao enfermeiro agir de forma a aperfeiçoar a interação da pessoa com o meio ambiente e, desta forma, fomentar o equilíbrio, pois a pessoa é um sistema que está em permanente ajuste, utilizando para isso processos internos (estratégias de *coping* inatos) ou externos (Kravitz & Frey, 1989).

O desenvolvimento de uma situação de saúde/doença, na qual se integra a presença de UCMI, ao longo do ciclo vital individual e familiar vai afetar a estabilidade deste ciclo e, por conseguinte, a saúde da própria família do indivíduo, exigindo-lhe a aquisição de estratégias de *coping* eficazes de modo a minimizar o impacto das repercussões da UCMI, com vista ao equilíbrio (Peixoto & Santos, 2009).

Considerando dados de âmbito internacional, a maioria das úlceras de perna (cerca de 80%), é tratada ao nível dos CSP (Templeton & Telford, 2010). A mesma realidade parece existir em Portugal. A este respeito, Pina, Furtado, Franks e Moffatt (2004), concluem com o seu estudo, que 77% dos indivíduos identificados com úlcera encontravam-se em tratamento nos CSP e 29% em cuidados de saúde diferenciados.

Tendo em conta que a maioria dos utentes com UCMI é tratada na comunidade e o impacto que este tipo de lesões provoca no indivíduo/ família, torna-se evidente, o papel dos enfermeiros de família como “(...) autores de excelência nos cuidados centrados na pessoa, na sua dignidade holística e no respeito íntimo pela sua condição fragilizada no processo saúde/doença” (Simões, Rodrigues, & Salgueiro, 2011, p. 76).

Neste sentido, o enfermeiro de família, deverá, a par de outras, desenvolver competências na pessoa/família, para que esta se sinta segura e não apenas dotá-la de informação, isto é, treinar as habilidades adequadas à situação e identificar as necessidades para promover o seu papel proativo na adoção de comportamentos de mudança que facilitem ou auxiliem estas transições e, conseqüentemente, concorram para o ajustamento mental do indivíduo.

Tendo em conta todas estas premissas, justifica-se, assim, a pertinência da temática desta investigação, que como já referimos anteriormente se centra na avaliação do ajustamento mental nas pessoas com UCMI.

Como já referenciado, o estudo descrito foi implementado na USF Águeda + Saúde e na UCSP Águeda II e pretendeu dar resposta às seguintes questões de investigação:

- Os utentes portadores de UCMI apresentam-se ajustados mentalmente perante as implicações da cronicidade da úlcera?
- A intervenção dos enfermeiros de família é relevante no ajustamento mental dos utentes portadores de UCMI?

De acordo com as questões formuladas e considerando que para Fortin (2009), o objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que evidência as variáveis-chave, a população alvo e o

assunto da investigação, definiram-se os seguintes objetivos gerais que guiarão o investigador ao longo do processo de investigação:

- Avaliar o ajustamento mental dos utentes com UCMI;
- Compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de família, no utente com UCMI nas duas unidades em estudo.

Considerando os objetivos definidos, e com o intuito de especificar com maior pormenor as metas que se pretendem alcançar, definem-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar sociodemográfica e clinicamente os participantes no estudo;
- Caracterizar as UCMI dos participantes em estudo;
- Avaliar, por subescala, o ajustamento mental dos indivíduos portadores de UCMI;
- Implementar uma intervenção de enfermagem focalizada e específica considerando as alterações nas dimensões do ajustamento mental;
- Elaborar um manual de intervenção de enfermagem por subescala do ajustamento mental, devidamente operacionalizado segundo a CIPE 2015⁴;
- Avaliar, os efeitos da intervenção psicoeducativa do enfermeiro de família no ajustamento mental dos utentes anteriormente desajustados.

Neste capítulo do trabalho, dividido em quatro subcapítulos, são explicitados os procedimentos seguidos na realização do estudo para dar resposta às questões de investigação. No primeiro subcapítulo enquadrámos teoricamente a temática, explorando o que diversos autores demonstraram nos seus estudos sobre etiologia, epidemiologia, prevalência das UCMI, bem como o seu impacto no indivíduo portador e na sua família. Pretendeu-se igualmente, neste enquadramento, evidenciar a importância da intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental da pessoa com UCMI.

No segundo subcapítulo apresenta-se o processo metodológico escolhido para dar resposta às questões de investigação descrevendo-se o tipo de estudo, população e amostra, problemática e objetivos específicos, instrumentos de recolha de dados, procedimentos éticos e tipo de análise dos dados. O terceiro e quarto subcapítulos correspondem à apresentação e à discussão dos resultados; por fim, abordam-se as conclusões obtidas no estudo.

⁴ O manual de intervenção de enfermagem foi operacionalizado segundo a versão CIPE versão 2015 pois o programa SClinico de enfermagem, utilizado nos CSP, possui os diagnósticos e as intervenções de enfermagem parametrizados segundo o mesmo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para Fortin (2009) , o quadro concetual permite reagrupar conceitos pertinentes com a finalidade de caracterizar ou descrever o fenómeno estudado, fornecendo, assim, uma justificação racional e uma perspetiva do estudo. Para isso, foi nossa preocupação, o uso seletivo de informação considerada relevante para a compreensão do problema e para a sua fundamentação, na construção do enquadramento teórico. Pretendeu-se, desta forma, evidenciar o que anteriormente já tinha sido investigado e os conhecimentos produzidos sobre a temática, revelando-se, essa informação, importante, pois permitiu estabelecer uma relação entre os saberes anteriores e os conhecimentos resultantes dos dados colhidos, da sua sistematização e interpretação.

Mediante a problemática identificada, neste capítulo, realizou-se uma abordagem teórica sobre alguns conceitos/assuntos considerados pertinentes para o tema e a partir dos quais se desenvolveu a investigação. O capítulo divide-se em três pontos: a pessoa com úlcera crónica nos membros inferiores, o impacto das úlceras crónicas nos membros inferiores na pessoa e na família e, por fim, a intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental.

2.1. A Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores

O enfermeiro, no exercício da sua prática profissional, depara-se com desafios cada vez mais exigentes e complexos, em resultado do aumento da esperança média de vida, verificando-se, assim, o aumento da prevalência de doenças crónicas (Fonseca, Franco, Ramos, & Silva, 2012). Estas, são consideradas incapacitantes e irreversíveis, causando, por isso, grande impacto na vida das pessoas, pois acarreta a necessidade de tratamentos prolongados e dispendiosos, quer para o próprio quer para os diferentes sistemas de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2003). Por tudo isto, são necessárias políticas de saúde ajustadas à dimensão do problema e maior intervenção junto do mesmo. Desta forma, a prevenção da doença e a promoção da saúde retratam-se de extrema importância, promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis. Contudo, quando a doença já se encontra instalada, é premente a promoção da adesão ao regime terapêutico com o intuito de facilitar o processo de adaptação (Delgado & Lima, 2001; International Council of Nurses, 2011). Porém, quando a doença se torna crónica, pelo prolongamento desta no tempo, forçosamente vai tendo diferentes fases de evolução, exigindo ao seu portador que se adapte a esta sua nova condição de vida, sendo que a sua ação é preponderante para a promoção da sua saúde, prevenção e tratamento da doença (Hanson, 2005).

No que diz respeito às úlceras, o termo “crónico” é utilizado quando se consegue antever um processo de cicatrização comprometido, normalmente devido à presença de outras patologias, tais como a diabetes, a doença vascular ou presença de malignidade (White, 2006). As úlceras crónicas dos membros inferiores definem-se como uma úlcera que não cicatriza num período de 6 semanas, apesar do tratamento adequado (Bistoreanu & Teodorescu, 2009; Fonder et al., 2008; Nelzen & Bergqvist, 1991). Kirketerp-Moller, Zulkowski e James (2011), classificam também, úlcera crónica como uma interrupção na pele, de longa duração, superior a 3 meses. Uma miríade de fatores pode levar ao atraso da cicatrização das úlceras tais como: doenças crónicas, insuficiência vascular, diabetes, deficiências neurológicas, deficiências nutricionais, idade e fatores locais (pressão, infeção e edema).

Para Afonso et al. (2013) e Dealey (2006), o que confere a cronicidade às úlceras de perna é o elevado tempo de cicatrização que requerem e a frequência elevada de recidivas. A esse respeito, Briggs e Closs (2003), referem que os dados epidemiológicos evidenciam que a média de duração das úlceras é de 6 meses a 1 ano em cerca de 0,11% a 0,18% da população e que 1% a 2% sofrem de recidivas. Por esse motivo, retratam um problema grave de saúde pública, devido, essencialmente, ao elevado impacto socioeconómico no indivíduo, família e sociedade (Afonso et al., 2013). Relativamente à sua elevada frequência de recidivas Ebbeskog e Ekman (2001) referem que, na literatura, as úlceras de perna são interpretadas como: *a forever healing experience*, em que 45% dos seus portadores têm recidivas, sendo que em 35% dos casos têm quatro ou mais episódios de recidiva (Van Hecke, Gryphonck, & Defloor, 2009).

A prevalência de úlcera vascular nos EUA é estimada em 500 000 a 600 000, pensando-se que poderá aumentar com a idade (Rahman, Adigun, & Fadeyi, 2010). Segundo a *Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers* (2011), em 2003, estimava-se que 0,1 a 1,1% da população mundial era portadora de úlceras de perna. Estas têm sido alvo de muitos estudos e constata-se que é um problema de saúde comum, atingindo 0,6-3% das pessoas com idade superior a 60 anos e aumenta para valores superiores a 5% nos indivíduos com idade superior a 80 anos (Rayner, Keaton, Carville, Santamaria, & Prentice, 2009). Nos Estados Unidos, as úlceras crónicas afetam 2,4 a 4,5 milhões de pessoas, sendo que as UCMI ocorrem predominantemente em adultos com doença vascular ou diabetes e estão relacionadas com a insuficiência venosa crónica, doença arterial, pressão prolongada ou à neuropatia. As úlceras têm uma duração média de 12 a 13 meses, recorrem em até 60% a 70% dos pacientes, podendo levar à perda de função e, por conseguinte, à diminuição da qualidade da vida (Frykberg & Banks, 2015).

Em Portugal, através do trabalho de investigação realizado em Lisboa, por Pina, Furtado, Franks e Moffatt (2004), demonstrou-se que a taxa de prevalência das úlceras crónicas, num total de 263 doentes numa população de 186 000, foi de 1,41 por 1000 habitantes. A prevalência era semelhante no sexo masculino (1,3/1000) e feminino (1,46/1000). Nos doentes com idade superior a 80 anos, a taxa de prevalência para o sexo masculino e feminino, foi de 6,5 e 4,9/1000, respetivamente. Segundo os mesmos autores, se os resultados obtidos fossem inferidos à

população total portuguesa, cerca de 14 000 indivíduos possuíam úlcera ativa e cerca de 42 000 apresentariam lesão cicatrizada. No estudo efetuado por Afonso et al. (2013), a população estudada apresentou uma média de idade de 69 anos, notando-se uma maior prevalência de úlcera com a idade, que é de 1-2% na população global, aumentando para 3 a 5% na população com idade superior a 65 anos, a idade média dos doentes foi 69,16 anos, verificando-se uma ligeira prevalência do sexo masculino (56%). No estudo de Garcia et al. (2007) a média de idades situava-se entre os 31 e os 90 anos com uma média de idades de 64 anos, constatando-se, também, um predomínio na faixa etária compreendida entre os 60 e os 90 anos, sendo que a população era maioritariamente constituída por mulheres (56%).

O conhecimento da realidade desta doença e das necessidades dos seus portadores permitem a elaboração de estratégias de intervenção de modo a poder melhorar a prestação de cuidados aos doentes com úlceras de perna no sentido de reduzir o tempo de cicatrização, prevenir a reincidência e promover a racionalização de recursos da saúde e melhoria da qualidade de vida (Afonso et al., 2013). De acordo com Paggiaro, Neto e Ferreira (2010) e White (2006), o tratamento das úlceras crónicas é considerado um desafio para os especialistas, pois envolve uma miríade de fatores tais como os locais e os sistémicos; estes influenciam o processo de cicatrização, sendo que o controle dos fatores sistémicos (presença de diabetes, a dor, consumos tabágicos, abuso de álcool e drogas), quando corretamente controlados, favorecem a cicatrização e diminuem as complicações, logo cada um destes fatores deve ser avaliado. White (2006), ainda relativamente ao mesmo, acrescenta, que os fatores psicossociais, a falta de informação/conhecimento, a comunicação deficiente com os profissionais de saúde e baixos níveis de educação, também desempenham um papel igualmente importante no processo de cicatrização. Na mesma linha de pensamento, Trott (2009) refere que uma das causas que também pode influir para um atraso da cicatrização é um tratamento não adaptado à doença de base, podendo isso mesmo levar a danos ao utente, tornando-se, assim, premente proceder à caracterização não só sociodemográfica, mas também clínica dos participantes.

Decorrente do exposto, no que concerne à situação profissional e de coabitação dos portadores de UCMI, no estudo realizado por, Benevides et al. (2012) constatou-se que 60,4% dos 53 participantes no estudo se encontravam reformados e 86,8 % destes residiam com a família. Na mesma linha de resultados, encontra-se o estudo de Favas (2012) onde 75,3% da amostra vivem com a família e 82,4% encontram-se na situação profissional de reformados. Pelo contrário, o estudo desenvolvido por Wissing, Ek e Unosson (2002) demonstra que 64,28% da amostra referem viver sozinho em detrimento de 35,71% que vivem com a família. A mesma tendência parece existir no estudo de Moffatt, Franks, Doherty, Smithdale e Martin (2006). Mais de metade (53%) dos participantes em estudo referiam viver sozinhos e, apenas 43%, afirmavam coabitar com um familiar ou companheiro(a).

No estudo realizado por, Benevides, Coutinho, Santos, Oliveira M. e Vasconcelo (2012), constatou-se que as úlceras crónicas nos membros inferiores são habituais em idosos com baixa escolaridade, sendo que destes 73,6% nunca estudaram ou detiveram mais de cinco anos de

estudos. Também no estudo de Sant'ana et al. (2012) 85,7% dos participantes apresentam baixa escolaridade. No estudo realizado por, Heinen, Persoon, van de Kerkhof, Otero e van Achterberg (2007) 63% dos participantes demonstrava possuir baixo nível de instrução, sendo que a tendência do aparecimento da úlcera é maior para pessoas com baixo poder económico e escolaridade (Benevides et al., 2012; Heinen et al., 2007; Sant'ana et al., 2012).

Para Rahman, Adigun e Fadeyi (2010), a incidência da úlcera de perna está relacionada com o aumento da esperança média de vida das pessoas, conjuntamente com o aumento dos fatores de risco para a oclusão aterosclerótica: tabagismo, obesidade e a Diabetes *Mellitus*. Outros autores (Karl, Modic, & Voss, 2004) acreditam, ainda, que ao longo do seu tempo de vida, aproximadamente 10% da população irá desenvolver uma úlcera crónica, em que a taxa de mortalidade, associada a esta, será de 2,5%. No estudo de Garcia et al. (2007), 62% dos indivíduos apresentaram a doença cardíaca como a comorbilidade predominante. No estudo de Jockenhöfer et al. (2016) 70% dos participantes apresentavam como comorbilidade predominante a doença cardiovascular, com uma afetação de 70% dos participantes em estudo. No estudo de Afonso et al. (2013), em relação à obesidade, o estudo revelou para uma frequência de 46% e em relação à diabetes de 28%, valor ligeiramente inferior ao nosso estudo. No estudo de Passadouro, Sousa, Santos, Costa e Craveiro (2016), 29 % dos participantes referiram ser diabéticos, 21% eram obesos e 11% eram fumadores.

Os tipos mais comuns de úlceras crónicas dos membros inferiores são descritos pela sua etiologia, nomeadamente: vasculares (por exemplo arterial, venosa ou úlceras mistas), úlceras de pressão e neuropáticas (por exemplo, úlceras diabéticas) (American Society of Plastic Surgeons, 2007; Baranoski & Ayelo, 2006). No estudo realizado por Fonder et al. (2008), verificou-se que as úlceras crónicas com maior prevalência são as úlceras vasculares (venosas, arteriais e mistas) e as úlceras de pé diabético cerca de 15% a 25% dos utentes correm o risco de desenvolver uma úlcera localizada no pé, como complicação tardia da diabetes por presença de neuropatia periférica ou por doença vascular periférica em associação a deformações da estrutura óssea o que leva a ser uma das principais causas das amputações dos membros (Fonder et al., 2008; Frykberg & Banks, 2015). Desta forma, torna-se, pois, fundamental a compreensão da etiologia da úlcera por forma a reduzir a morbilidade e a melhorar a qualidade de vida dos seus portadores (Rainey, 2002).

Relativamente às **Úlceras Venosas**, estas eram conhecidas por úlceras de “estase venosa” por se pensar que o seu desenvolvimento era provocado pelo sangue que ficava retido nas veias. Atualmente, sabe-se que a causa principal desta tipologia de úlceras é a hipertensão venosa que, mais do que a estase, está na origem destas lesões e da sua tão difícil cicatrização (Afonso et al., 2013). Para Baranoski e Ayelo (2006), à medida que a insuficiência venosa crónica vai progredindo surge a hiperpigmentação e distribuição do endurecimento do tecido subcutâneo no terço inferior da perna, decorrente do edema e perda de células vermelhas no tecido subcutâneo da região maleolar. Este tipo de úlceras, localizam-se, geralmente, no terço distal da face medial da perna, próxima ao maléolo medial, correspondendo a entre 70% e 90% das úlceras de perna,

tendo uma elevada taxa de recidiva, chegando a 30%, inicialmente, e a 78% após dois anos. (Reis, Peres, Zuffi, Ferreira, & Poggetto, 2013).

Para Abbade e Lastória (2008) e França e Tavares (2003) este tipo de úlceras apresentam, geralmente, bordos irregulares e bem definidos, sendo que, inicialmente, esta é superficial, mas pode evoluir e ficar profunda. Para os mesmos autores, no que diz respeito ao exsudado, são exsudativas e, quando se tornam purulentas, indicia a ocorrência de um processo infeccioso. O leito da úlcera raramente apresenta tecido necrótico, sendo frequentemente coberto por uma camada fibrinosa misturada com tecido de granulação (Abbade & Lastória, 2008; França & Tavares, 2003).

Para Raine (2002), as úlceras de etiologia venosa apresentam um desenvolvimento geralmente lento e são menos infetadas. Para o mesmo, e no que concerne à dor da úlcera venosa, esta encontra-se frequentemente associada ao edema, a infeções locais ou à celulite e é, geralmente, diminuída através da compressão e elevação do membro inferior. Assim, um dos tratamentos que tem sido apontado como a pedra angular para o tratamento da úlcera venosa, é a terapia compressiva, sendo que inúmeros evidenciam que a compressão contínua melhora a cicatrização e a qualidade de vida dos indivíduos (Morison, Moffatt, & Franks, 2010; Palfreyman, Tod, Brazier, & Michaels, 2010). Para além da terapia compressiva, é inegável a importância de o tratamento, a este género de úlceras, ser complementado com exercícios de mobilidade da articulação tibiotársica, bem com o incentivo aos utentes para realizarem caminhadas; este género de exercícios é essencial para o funcionamento eficiente da bomba gemelar (Kunimoto, 2001).

No estudo efetuado por Jockenhöfer et al. (2016), as úlceras venosas representam 51,3% de todas as úlceras crónicas; as úlceras mistas 12,9% e as úlceras arteriais 11%. Pessoas de diferentes faixas etárias apresentam úlceras de etiologia venosa, porém encontra-se uma incidência maior, nos idosos, principalmente do sexo feminino (Reis, Peres, Zuffi, Ferreira, & Poggetto, 2013). Em Portugal, no estudo realizado por Afonso et al. (2013) foi constatado, em relação à etiologia, que 56% das UCMI são venosas e, destas, 26% têm etiologia mista; 18% apresentam etiologia arterial, 30% têm uma duração inferior a 3 meses, em termos de recidiva, 42% já tinham tido episódio prévio de úlcera.

Outro tipo de úlcera de perna são as **Úlceras Arteriais**. Estas resultam da inadequada perfusão tecidual dos pés ou pernas; devem-se a um bloqueio parcial ou total do fornecimento de sangue arterial às pernas e a condição subjacente é muitas vezes denominada por doença vascular periférica, sendo a causa mais comum a arteriosclerose, em que as paredes das artérias se tornam mais espessas. Pode desenvolver-se ulceração associada à necrose e à gangrena (Dealey, 2006). Para Baranoski e Ayelo (2006) e Sussman e Bates-Jensen (2007) apesar de existir um compromisso arterial, torna-se necessário manter um fluxo sanguíneo mínimo, com o intuito de garantir a viabilidade tecidual dos membros inferiores, contudo, quando está presente a isquemia, a cicatrização da úlcera é inibida. Os mesmos autores, ainda referem que a melhoria

da afluência arterial permite um aumento do oxigénio para a úlcera arterial e aumenta a probabilidade de cicatrização, sendo fundamental a referenciação para consulta de cirurgia vascular para possível revascularização ou incentivar à diminuição dos riscos cardiovasculares e controlo das comorbilidades subjacentes, tais como: hipertensão arterial e a diabetes (Gohel & Poskitt, 2010). Segundo Gogia (2005), estas úlceras, ocorrem, maioritariamente, em utentes com idade superior a 50 anos e em utentes jovens, com diabetes *mellitus* e hiperlipidemia.

Os sinais de doença arterial podem incluir membros inferiores frios, pálidos e cianóticos aquando do levantar, pernas sem folículos pilosos e brilhantes, dedos necróticos com consequente ausência de pulsos pediosos, alteração trófica das unhas, perfusão tecidular reduzida com consequente tempo de preenchimento capilar superior a 3 segundos (Rayner et al., 2009). As úlceras arteriais podem ocorrer em qualquer ponto da perna ou pé, mas são mais frequentes no pé. Têm um aspeto escavado, geralmente com forma irregular, podendo ser profundas, comprometendo, assim, músculos ou tendões. Nestas úlceras, a dor está presente, e é moderada ou elevada, sendo agravada pela elevação ou exercício (Sussman & Bates-Jensen, 2007). Os portadores desta tipologia de úlcera referem que “colocar as pernas para fora da cama” alivia a dor e o desenvolvimento desta lesão é considerado rápido (Baranoski & Ayelo, 2006). Este tipo de úlceras apresentam forma irregular, com bordos lisos, possuindo muito pouca ou nenhuma granulação (Gogia, 2005).

Para Dealey (2006) e Moffatt (1998), as **Úlceras Mistas**, outro dos tipos de UCMI, são provocadas pela combinação da doença arterial e venosa; estas tornam-se problemáticas devido à necessidade de controlo do edema, tornando a sua abordagem um pouco mais complexa, pois apresentam características de ambas as etiologias. Relativamente à terapia compressiva, poder-se-á recorrer a uma compressão mais moderada, sendo que se deve proceder à sua remoção na presença de dor intensa (Gohel & Poskitt, 2010).

Outras das UCMI são as **Úlceras de Pé Diabético** que surgem como uma complicação grave da diabetes *mellitus*, podendo causar incapacidade e possível amputação do membro afetado, por infeção, e consequente ulceração (Dealey, 2006). Têm uma prevalência de 23-42% para a neuropatia, 9-23% – para a doença vascular e 5-7% – para a ulceração do pé, levando a importantes consequências médicas, sociais e económicas para os doentes, suas respetivas famílias e sociedade. A ulceração do pé diabético está associada à doença vascular periférica e neuropatia periférica, surgindo também, frequentemente, em combinação (Duarte & Gonçalves, 2011).

O conhecimento, por parte dos profissionais, da realidade desta doença e das necessidades dos seus portadores, permite a elaboração de estratégias de intervenção para que, deste modo, se possa melhorar a prestação de cuidados aos doentes com úlceras de perna com o intuito de reduzir o tempo de cicatrização, prevenir a reincidência e, desta forma, promover a racionalização de recursos da saúde, diminuindo, também, as repercussões nos seus portadores (Afonso et al., 2013).

2.2. Impacto da Úlcera Crônica nos Membros Inferiores na Pessoa e sua Família

As úlceras de perna sempre constituíram um problema de saúde causador de sofrimento e incapacidade e representam, portanto, um grave problema de saúde pública. Afetam pessoas no mundo inteiro, consumindo uma fatia considerável dos recursos de cuidados de saúde (Fonseca et al., 2012; Morison et al., 2010; Richmond, Maderal, & Vivas, 2013).

Salomé (2010) refere que os indivíduos portadores de úlceras crônicas ficam mais vulneráveis a diversas situações, tais como desemprego, abandono e até mesmo isolamento social, com efeitos indesejáveis para os seus projetos de vida. De facto, conviver com qualquer tipo de lesão interfere tanto nas relações sociais, como no ambiente de trabalho e até mesmo no convívio familiar (Salomé, 2010). Por seu lado, Lucas et al., (2008) referem que, muitas vezes, uma úlcera pode não ser apenas uma lesão física, mas algo que dói sem necessariamente precisar de estímulos sensoriais; como tal, fragiliza e incapacita o ser humano na realização de diversas atividades, como a sua atividade profissional, acarretando, assim, uma série de mudanças, tanto na sua vida pessoal como, também, na dos seus familiares.

Os pacientes que vivem com uma úlcera vão descobrir e sentir uma ampla gama de emoções e ter que se adaptar através do ajustamento de estilos de vida, de novos comportamentos que, em conjunto com o conhecimento científico e prático sobre a sua doença, o tratamento e a integração social, concorrerão para o seu bem-estar físico, mental e social (Costa et al., 2011). Neste âmbito, através do estudo realizado por Ebbeskog e Ekman (2001), foi possível identificar diferentes áreas problemáticas no que respeita a ter uma úlcera crônica, nomeadamente as emocionais e as limitações na atividade diária: alcançar o bem-estar torna-se uma luta diária; sentimentos como a esperança e o desespero estão presentes e oscilam durante o dia devido ao processo de cicatrização prolongado e à dor associada. Relativamente à área emocional, Costa et al. (2011) e Saraiva et al. (2013) acrescentam que o humor, a autoestima, a imagem de si e a diminuição da qualidade de vida conduzem à interação social medíocre e ao isolamento. Isolamento este, que pode ser social e familiar (Yamada & Santos, 2005). Chase et al. (2000) e Finlayson, Edwards e Courtney, (2010) referem que a presença de odor, exsudato, mobilidade reduzida, falta de sono (associado à presença de dor) e aumento da frequência de troca de curativos são fatores que, muitas vezes, interrelacionados, concorrem, também eles, para a produção de um efeito negativo na qualidade de vida dos portadores de úlceras. Acrescenta-se, ao exposto que, o facto de muitas destas úlceras demorarem muito tempo a cicatrizar e todas essas complicações podendo levar à perda de independência, ocasionando, por vezes, ansiedade e depressão (Yamada & Santos, 2005).

O exsudado intenso e o odor associados às úlceras adotam tanto uma importância como uma influência extremas na vida dos seus portadores, acarretando implicações várias que vão desde o domínio psicológico dos indivíduos, à interferência no modo como a pessoa se vê e avalia a si

própria, até à forma como influencia o seu relacionamento com os outros, podendo condicionar o normal desempenho de papéis sociais desse indivíduo (Sousa, 2009). O impacto do exsudado e do odor emanado a partir de uma úlcera de perna pode ser emocional e psicologicamente devastador (Hamer, Cullum, & Roe, 1994).

Os participantes no estudo realizado por Henriques (2015), referem preocupação em relação ao futuro e à incerteza de cicatrização. Esses receios devem-se à incerteza do processo de cicatrização, sendo, ainda, associados a sentimentos de esperança ou desesperança em relação à evolução da úlcera crónica. Relativamente às recidivas, esta também é uma fonte de preocupação para os participantes, pois já não é a primeira vez que estes são acometidos pela situação e o receio de recidiva está presente. Segundo Sousa (2009), as preocupações associadas à presença de úlcera crónica estão relacionadas com a sua evolução e com a hipótese de não ter cura, de agravar-se ou de se tornar uma situação recorrente. O principal motivo das recidivas é a não adesão dos indivíduos às medidas preventivas; muitas vezes desconhecimento ou falta de orientação por parte dos profissionais de saúde (Finlayson et al., 2010).

Relativamente à dor associada às úlceras, Jones, Barr, Robinson e Carlisle (2006), referem que esta deve ser valorizada, sendo um aspeto extremamente considerado pelos seus portadores que, por vezes, se torna negligenciado tanto pelos cuidadores formais como pelos informais. Relativamente a este assunto, em Portugal, no estudo realizado por Passadouro et al. (2016), quando os participantes foram questionados sobre a presença de dor, 48,2% (n = 108) dos doentes admitiram a sua presença e 30% (n = 32) classificaram-na como ligeira, 49% (n = 53) moderada, 19% (n = 21) intensa e apenas 2% (n = 2) como máxima. Essa dor era constante em 8,3%, intermitente em 50% e ocasional em 41,7%. No estudo realizado por Henriques (2015), a dor foi muito referenciada pelos participantes, sendo caracterizada como incomodativa, ou mesmo insuportável e causadora de outras repercussões tanto nas suas vivências como nas alterações dos seus hábitos de vida. No estudo de Soydan, Yılmaz e Baydur (2017), 41,7% dos participantes referem a dor como um das queixas mais significantes.

Com a finalidade de compreender o impacto da úlcera de perna na qualidade de vida dos utentes numa Unidade de Saúde, Pires (2012) verificou que a úlcera de perna é potenciadora de uma dor insuportável e como tal, geradora ambivalente de sentimentos com repercussões no domínio psicoemocional, com especial destaque para alteração da imagem corporal e autoestima, restringindo, ainda, a execução das Atividades de Vida Diárias. A dor nas pessoas portadoras de úlcera de perna, ocorre muitas vezes durante a noite, impossibilitando os seus portadores de dormirem uma noite inteira, levando a um estado negativo de bem-estar (Bistoreanu & Teodorescu, 2009). Para Price et al. (2007) e Taverner (2014), a dor causada pelas úlceras crónicas pode originar depressão e sensação de cansaço constante, devendo, assim, constituir uma prioridade no tratamento das úlceras crónicas em conjunto com a sua etiologia. Para os mesmos autores, a vivência da dor associada à UCMI, é considerada como uma perda da qualidade de vida e aumento da dependência e a dor, quando não resolvida, pode ter impacto

negativo na adesão, cicatrização e ajustamento, dependendo, este, segundo Price et al. (2007), da forma como o indivíduo percebe a sua condição, as experiências e as crenças que tem da dor e as suas estratégias de *coping*. A dor e o stresse estão intimamente relacionados: a dor aumenta o stresse e o stresse aumenta a dor (Lara, Júnior, Pinto, Vieira, & Wichr, 2011).

Tendo em conta as implicações das úlceras crónicas já mencionadas e a cronicidade destas lesões, importa que, tanto a pessoa com UCMI como a sua família/pessoas significativas, sejam envolvidas no processo de tratamento, conhecendo o processo de saúde/doença e, assim, possam desenvolver mecanismos/recursos para a adaptação a esta nova condição, por forma a prevenir complicações e/ou agravamento da situação (Fonseca et al., 2012; Silveira & Ribeiro, 2004). Para isso, torna-se imperiosa a obtenção de novas habilidades, incluindo revisão de valores, aquisição de novos conhecimentos, tanto científicos como práticos, relativos à úlcera, adaptação ao tratamento, além do encarar da sociedade (Costa et al., 2011). Destacando-se, desta forma a importância da educação dos indivíduos, do apoio psicológico e físico, que têm um impacto efetivo na qualidade de vida da qual depende a complexa e adequada adesão ao tratamento, com o intuito de reduzir o tempo de cicatrização e prevenir recidivas (Bistoreanu & Teodorescu, 2009). Como referem Oermann, Harris e Dammeyer (2001) os indivíduos informados têm maior probabilidade de cooperar com os regimes de tratamento, demonstrando uma melhor gestão dos seus problemas.

A doença crónica e, por conseguinte, as úlceras dos membros inferiores pela sua cronicidade são vivenciadas de forma única por cada pessoa e família variando consoante o seu ciclo vital e influenciado por fatores intrínsecos (conjunto de crenças e valores e estratégias de *coping* familiar) e extrínsecos (serviços sociais e de saúde), pelo que se espera que, na família com portador de UCMI, se assista a uma necessária reorganização em torno do elemento doente, por intermédio de um ajustamento nas dinâmicas e na redistribuição de tarefas e papéis (Hanson, 2005). Também as crenças num prognóstico podem facilitar ou dificultar a resposta às exigências da situação, dependendo do que o indivíduo/família espera para o futuro (se são otimistas ou pessimistas), sendo que as expectativas de cura se configuram como uma esperança (Wright, Bell, & Watson, 1996)

Por sua vez, Figueiredo (2012) referencia a forma como a família gere a doença, nomeadamente através de habilidades de *coping* familiar, auto-organizando-se para preservar a segurança funcional e a autonomia da unidade familiar. Martins, Rodrigues e Mesquita (2012) referem que quando na família um dos seus elementos é portador de úlcera crónica, todos os outros estão sujeitos a sofrer de *stresse* e ansiedade, pois estes, preocupam-se com a gravidade da úlcera e com todas as implicações que daí possam advir (sofrimento, a morbilidade e a possível morte). O que os leva a poderem vivenciar uma amálgama de sentimentos entre eles o medo, o desamparo, a vulnerabilidade, a insegurança, a frustração e até mesmo a depressão. A família como unidade fica sujeita a ruturas no seu estilo de vida, desde aspetos relacionados com a privacidade individual até aspetos económicos (Martins et al., 2012). Na opinião de Kouris et al.

(2015), a dimensão deste impacto pode variar de acordo com a duração e a gravidade da doença, o tratamento que deve ser seguido e, acima de tudo, a relação entre eles.

O contato social, nas pessoas com úlcera crónica, fica reduzido às pessoas mais próximas; como geralmente é a família que está mais próxima, esta acaba por ser a rede de apoio dos portadores de úlcera crónica (Ebbeskog & Ekman, 2001). No estudo desenvolvido por Henriques (2015), a família, instituição e convivente significativo, foram apontados pelos participantes, como a rede de apoio no seu quotidiano. No entanto, verificou-se que, na generalidade, é a família que apoia e colabora nas atividades diárias. Sendo o cônjuge e os filhos, os familiares mais próximos, a rede principal de apoio dos portadores de úlcera crónica (Henriques, 2015). Torna-se, assim, premente, compreender o ambiente e apoio familiar, pois, estes são fatores que influenciam diretamente o cuidado à úlcera (Fonder et al., 2008). Cabe, desta forma, ao enfermeiro, o dever de respeitar a individualidade de cada pessoa e família, particularizando, contextualizando e adaptando as suas intervenções, em conjunto com a equipa multidisciplinar onde se deverá incluir a comunidade (Henriques, 2011).

2.3. A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental das Pessoas com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, na maioria das vezes, ao prestar cuidados à pessoa com uma úlcera, esquecem-se que esta úlcera pode estar a interferir na sua qualidade de vida, na sua autoestima e, por conseguinte, ter impacto na sua dimensão emocional (Lucas et al., 2008). Assim sendo, quando se prestam cuidados de enfermagem a pessoas com úlceras, independentemente da sua etiologia, é importante fazer uma abordagem holística, tendo não só em conta os cuidados físicos mas, também, os cuidados psicológicos e espirituais, uma vez que estes estão inextricavelmente interligados (Dealey, 2006). De facto, o emergir de uma situação de saúde/doença, quer na pessoa, quer na família, afeta a sua estabilidade e, consequentemente, a saúde da própria família sendo esta confrontada com a necessidade de encontrar estratégias de *coping* eficazes de forma a minimizar as repercussões causadas, tendendo, assim, novamente para o equilíbrio (Peixoto & Santos, 2009).

Torna-se, portanto, importante, esclarecer o significado de *coping*. Assim, Folkman e Lazarus (1988) definem-no como um esforço tanto cognitivo como comportamental com o intuito de gerir exigências específicas (internas e/ou externas). A este respeito, Varela e Leal (2008) embora narrando que o *coping* é muito importante no processo de adaptação, pois promove a adoção de múltiplas estratégias que permitam conduzir à mesma, referem que a avaliação individual que o doente faz do acontecimento é, também, um facto preponderante. Os mesmos autores ainda

referenciam que parece existir alguma confusão entre a definição do que é o *coping* e o que diz respeito ao ajustamento mental, na medida em que os dois conceitos se assemelham.

Vermeiden et al. (2009) realizaram um estudo que trouxe contributos importantes para a compreensão das estratégias de *coping* utilizadas pelos portadores de úlceras crónicas ou complexas. Desse estudo resultou que, relativamente aos portadores de úlcera de perna, estes provavelmente não apresentarão uma abordagem ativa quando perante uma situação stressante; no entanto, com a adoção de estratégias de *coping* desenvolverão pensamentos reconfortantes perante a situação. Quanto aos utentes com úlcera de pé diabético, estes, provavelmente, tentarão evitar a situação ou manifestar uma abordagem passiva não expressando as suas emoções. O conhecimento destas várias estratégias pode ajudar o enfermeiro a prever o tipo de comportamento que pode esperar dos utentes, ou como o utente poderá reagir perante a situação e ajudá-lo na abordagem a seguir: Se o utente privilegia uma abordagem social, o enfermeiro deverá focalizar-se no envolvimento da família no tratamento. Com efeito, Patterson e Garwick (1998) referem que a especificidade da doença, a identidade familiar e a visão da família sobre o mundo condicionam o processo de *coping* e o ajustamento familiar à doença crónica na família.

Neste contexto, para Watson et al. (1988); Greer, Moorey e Watson (1989) o ajustamento mental pode ser definido como uma resposta cognitiva e comportamental dada pelo indivíduo perante um diagnóstico de doença crónica, ou seja, a forma como os pacientes percebem as repercussões e as reações da doença crónica, o que pensam e como agem com o intuito de reduzir a ameaça transmitida pela mesma. Pais-Ribeiro et al. (n.d.) acrescentam que são determinantes no ajustamento, os processos de motivação, emoção, cognição, e os processos de transação com o meio. Ridder, Geenen, Kuijer e van Middendorp (2008) também definem ajustamento mental como uma resposta a uma mudança no ambiente, permitindo que ocorra uma adaptação a essa mesma mudança. Os mesmos ainda relatam que, a adaptação tem sido classificada como uma boa qualidade de vida, bem-estar subjetivo, vitalidade, afeto positivo, satisfação com a vida e autoestima global. Dekker e De Groot (2016) acrescentam, ainda, que se referem a processos e não a resultados, querendo isto dizer que, as respostas psicológicas às doenças crónicas podem ser benéficas, contribuindo para a boa saúde ou podem ser prejudiciais, levando a problemas de saúde. A este respeito, Lazarus e Folkman (1984) defendem que o ajustamento a uma situação de *stress* é influenciado pelas características da situação juntamente com atributos do indivíduo/família, a avaliação cognitiva pessoal da situação e as estratégias de *coping* que o indivíduo usa para lidar com a situação.

Sendo o impacto da UCMI, potencial gerador de *stress*, tanto na pessoa como na família, torna necessário que ambos desenvolvam mecanismos de adaptação a essa mesma condição e ao seu tratamento como explicam Silveira e Ribeiro (2004 p. 93) "...inclui-se no tratamento um item significativo, de relevância para o sucesso do cuidado e que representa um desafio para ambos – profissionais e pacientes – pelo intrincado de variáveis que traz em si, que é a adesão ao

tratamento”. O enfermeiro surge, assim, como um importante agente facilitador da adaptação da pessoa à sua condição de saúde, visto ter uma relação de maior proximidade com a pessoa.

No âmbito das doenças crônicas e da adesão a tratamentos de longa duração, é importante a pessoa concordar com as recomendações dos prestadores de cuidados de saúde, sejam eles médicos, enfermeiros ou outros técnicos (World Health Organization, 2003). Para isso, também concorre a satisfação da pessoa com o desempenho do enfermeiro, quando este manifesta disponibilidade, fornece informação sobre a lesão e envolve a família no processo de tratamento, evidência interesse na relação terapêutica (Sousa, Peixoto, & Martins, 2008). Como consequência do estabelecimento desta relação terapêutica e à medida que o indivíduo / família adquirem mais conhecimentos, estes vão reconhecendo as vantagens da adesão ao regime terapêutico e, assim, envolvem-se mais no processo de tratamento, sendo que o enfermeiro deve respeitar a individualidade de cada indivíduo / família (Henriques, 2011). Deverá, ainda, ter em conta, a vontade da pessoa em participar e colaborar com o seu tratamento (Gusmão & Mion, 2006).

Para Fonseca et al. (2012), outros fatores que poderão determinar o sucesso do tratamento e da cicatrização das úlceras são a motivação, a implicação do seu portador e a realização de formação aos doentes de forma contínua, abordando os seguintes temas: controlo das patologias de base; cessação tabágica e etanóica; incentivo à adesão ao regime terapêutico e ingestão de alimentos ricos em vitamina B6; prevenção de traumatismos químicos, térmicos ou mecânicos nos membros inferiores; cuidados à pele; utilização de calçado e vestuário adequado. Dever-se-á, também, estimular um programa de exercício físico regular baseado em caminhadas de 30 a 60 minutos (três dias por semana no mínimo), devendo o doente parar e descansar em caso de dor.

Para o mesmo autor, a adesão ao tratamento de muitos portadores de úlcera de perna está relacionada com a presença de dor, o desconforto, a desmotivação, o isolamento social, o insuficiente apoio social e a ausência de um estilo de vida saudável, que é repetidamente enfatizado pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelo enfermeiro. No estudo de revisão da literatura efetuado por Van Hecke, Grypdonck e Defloor (2009), a falta de aconselhamentos de adoção de estilos de vida saudáveis por profissionais de saúde (por exemplo, conselho contraditório, nenhum conselho específico, impossibilidade de instruções) foram identificados como principais razões para a não adesão. A higiene corporal faseada, o uso de vestuário e calçado adaptado e o compromisso na qualidade de sono devido à dor e edema são outros dos fatores apontados para a não adesão ao tratamento por parte dos utentes (Chamanga, 2014; Van Hecke, Grypdonck, & Defloor, 2008; Van Hecke et al., 2009).

Para Broadbend e Koschwanez (2012), o stresse psicológico é outro fator que concorre para o sucesso da cicatrização, pois este prejudica a cicatrização das úlceras com as intervenções psicológicas direcionados aos mecanismos de *coping* e o stresse associado à úlcera a demonstrarem ter influência positiva na cicatrização. Para Vermeiden, Doorn, Da Costa, Kaptein

e Steenvoorde (2009), ajudar um utente a lidar com a situação de possuir uma úlcera crónica pode auxiliá-lo a sair desse ciclo de pensamentos e eventos negativos, portanto, tem uma influência positiva no processo de cicatrização de úlceras.

Em suma, o sucesso da cicatrização nas úlceras crónicas depende da correção das alterações patológicas, como também do foco em outras dimensões, como o *status* económico, ambiental e social do doente (Werdin et al., 2009) ou o campo psicológico e emocional (Pálsdóttir & Thoroddsen, 2010). Os profissionais de saúde devem trabalhar ativa e criativamente com as pessoas, no desafio de equilibrar a cicatrização física da úlcera com a “cicatrização” psicológica e emocional (Baranoski & Ayelo, 2006). O estudo realizado por Moffatt, Murray, Keeley e Aubeeluck (2017), relativamente à perspetiva dos enfermeiros *versus* perspetiva dos utentes relativamente aos motivos de não adesão ao tratamento, veio demonstrar a natureza multifatorial de não adesão ao tratamento e as diferenças entre as preocupações dos utentes e as dos profissionais. Para os profissionais, um fator importante para a não adesão era o conhecimento limitado dos utentes relativamente às úlceras crónicas, o que poderia levar a um atraso na cicatrização da úlcera. Em contrapartida os utentes encontravam-se mais preocupados com o seu conforto, alívio da dor, levando a uma melhoria na sua qualidade de vida.

Assim sendo, os enfermeiros desempenham um papel particularmente importante no envolvimento do utente / família na tomadas de decisões relacionadas com tratamento ou na discussão / expressão de sentimentos associados à condição crónica (Hopia, Paavilainen, & Astedt-Kurki, 2004). Decorrente deste aspeto, cabe ao enfermeiro de família focalizar-se nas dinâmicas internas da família e suas relações, ou seja, na estrutura da família e no seu funcionamento interno e externo, nos seus recursos, em suma, vendo assim a família como um todo (Ordem dos Enfermeiros, 2010). No que aos recursos da família diz respeito, Mccubbin e Mccubbin (1993), referem que as famílias quando perante uma situação que lhes provoque *stress*, vão utilizar estratégias de *coping* como resposta; estas estratégias vão influenciar tanto a saúde da família como o seu funcionamento, podendo ser mais ou menos eficazes. Os mesmos autores referem que, na família, podem existir uma multiplicidade de estratégias de *coping*, pois estas variam com o estágio do ciclo vital, de família para família e em função da situação indutora de *stress*. Ainda relativamente aos recursos da família, Mccubbin e Mccubbin (1993), referem que estes podem ser usados pela família para superar situações de *stress*, são a comunidade, a unidade familiar e o indivíduo. No que concerne ao apoio da comunidade, este pode passar pelas relações de apoio social ou pelo “*emocional support...*, *esteem support...*, *network support...*”.

Por este motivo, o enfermeiro não deve atuar isoladamente; deve criar em conjunto com uma equipa multidisciplinar, objetivos e estratégias que promovam uma atuação dirigida às necessidades reais de um determinado indivíduo. Para tal, é necessário que os enfermeiros se mantenham atualizados, devendo realizar formações na área e manter uma boa comunicação com os seus pares, pois cuidar deste tipo de doenças revela-se mais efetivo se for efetuado em equipa multidisciplinar (Fonseca et al., 2012). Nesta perspetiva de abordagem multidisciplinar,

preconizada para a doença crónica, cada membro desta equipa pode contribuir para a perceção, melhorar as capacidade de *coping* e modificar a resposta psicossocial à doença (Sá, 2001).

Neste âmbito, e considerando o perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, este constitui-se como um gestor e organizador de recursos com vista ao alcance de um mais elevado nível de autonomia, pelo que representa uma referência para cada família e um suporte qualificado para a resposta às suas necessidades. Assume-se, portanto, como um importante elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

Decorrente dos pressupostos anteriores, compreende-se a mais-valia da intervenção do enfermeiro de família, que surge como um profissional que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010); é, portanto, um dos profissionais mais habilitados para influir na implementação de estratégias adequadas para um caminho conducente ao ajustamento mental. Assim sendo, justifica-se a pertinência da intervenção do enfermeiro de família, junto das famílias e utentes portadores de UCMI, porque potencia e minimiza o impacto que estas têm no indivíduo e no seu contexto familiar.

3. METODOLOGIA

Nesta parte do trabalho, foram definidos os meios utilizados na realização do estudo para obter respostas às questões de investigação. As decisões tomadas nesta fase do processo determinaram o desenrolar do estudo para obter resultados fiáveis (Fortin, 2009).

Neste capítulo, pretendeu descrever, clarificar e refletir todos os aspetos de origem metodológica que nortearam esta investigação, tendo sempre em conta a definição da problemática. Este capítulo organiza-se da seguinte forma: tipo de estudo, com uma breve abordagem das variáveis do estudo, população e amostra, seguindo-se o tipo de intervenção. Por fim, descreveu-se o processo de recolha de dados, os procedimentos éticos e finalmente abordaram-se as opções tomadas para a análise dos dados.

3.1. Tipo de Estudo

Segundo Fortin (2009), o tipo de estudo é determinado no decurso da formulação do problema, logo que a questão de investigação se torna definitiva, pois é ela que define o método apropriado ao estudo do fenómeno. Tendo em conta estas premissas, o tema do presente relatório de estágio, o problema e as questões formuladas, bem como, os objetivos definidos, enveredou-se por um estudo de natureza quantitativa. Na investigação quantitativa, que se caracteriza pela “...obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações e contextos.” (Fortin, 2009, p. 27), procura-se, geralmente, obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares,

Considerando essas características, este estudo baseou-se num ciclo inicial de investigação-ação, visando a compreensão do ajustamento mental dos utentes portadores de UCMI, através de uma ação (ou mudança) e investigação (ou compreensão), com base num processo cíclico ou em espiral, que alterna entre a ação e a reflexão crítica com, nos ciclos posteriores, aperfeiçoamento dos métodos, baseado no conhecimento advindo da interpretação dos dados do ciclo anterior (Coutinho et al., 2009). Este tipo de metodologia destaca-se por objetivar a transformação de uma realidade através de uma ação/planeamento, a participação ativa do investigador na colheita de dados, a interação entre o investigador e o participante, além da colaboração dos participantes como agentes transformadores da sua realidade, sendo, assim, capazes de modificarem as suas práticas através da aprendizagem (Silva, Morais, Figueiredo, & Tyrrell, 2011).

Para Monteiro et al. (2008), este tipo de metodologia pode contribuir para potencializar resultados de pesquisas em enfermagem nas quais os sujeitos envolvidos fazem parte do contexto coletivo

dos problemas evidenciados; são capazes, de explorar, agir, avaliar e, conseqüentemente, transformar o contexto do grupo de participantes, contribuindo, portanto, para a consciencialização coletiva no processo de mudança.

Por ser, como já referido, um método que permite a interação entre o investigador e o participante, relação bem demarcada na atividade diária do enfermeiro, este permite assim, que os sujeitos (clientes) tenham voz ativa, ou seja, proporciona um diálogo aberto, participativo e reflexivo, possibilitando, pois, ao enfermeiro, assistir o cliente de forma holística, incluindo-o sempre, em conjunto com a sua família e comunidade, além de procurar constantemente a transformação positiva da sua realidade (Silva et al., 2011).

Tal como se apresenta na Figura 2, o modelo de investigação-ação é constituído por um conjunto de fases que se desenrolam de forma contínua, sequencial e circular: planificação, ação, observação/avaliação e reflexão/teorização. Este conjunto de procedimentos em movimento circular dá início a um novo ciclo que, por sua vez, desencadeia novas espirais de experiências de ação reflexiva. Assim sendo, este tipo de metodologia não se resume apenas a um único ciclo, repete-se ao longo do tempo, pois necessita, por parte do investigador, de uma exploração e análise de todas as interações ocorridas ao longo do processo, que lhe permitem proceder, então, na investigação, aos ajustes que este achar necessários, com o intuito de melhoria (Coutinho et al., 2009).

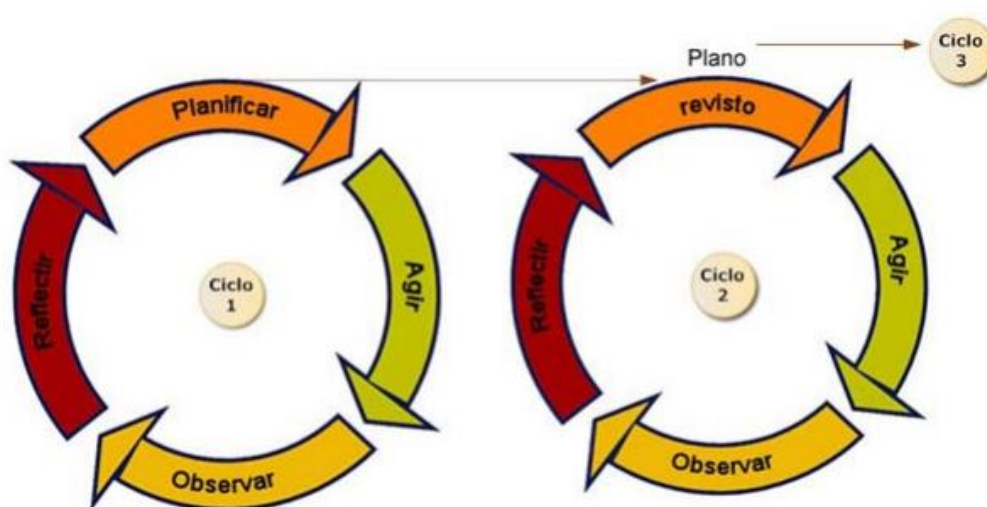


Figura 2 - Espiral de ciclos da investigação-ação (Coutinho et al., 2009, p. 366)

Para, Coutinho et al. (2009), este tipo de investigação baseia-se em formas de recolha da informação que a própria investigação vai proporcionando: o investigador colherá informação sobre a sua intervenção, percecionando os efeitos da sua ação, com o distanciamento necessário. Assim, e como já se referenciou anteriormente, devido a limitações temporais, o presente estudo foi composto apenas por um dos ciclos da espiral de investigação-ação (Ciclo 1), com o intuito de compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de família no

ajustamento mental na pessoa com UCMI, numa primeira fase, pessoas inscritas na USF Águeda + Saúde, e posteriormente pelo número reduzido de participantes que reuniram todos os critérios de inclusão, também na pessoa com UCMI inscrita na UCSP Águeda II.

3.2. População e Amostra

Como já referido, o presente trabalho de investigação incidiu, inicialmente, sobre todos os utentes a efetuarem tratamento tanto no domicílio como em ambulatório com UCMI (inseridos no programa de “Tratamento de Feridas”; com diagnóstico de “Úlcera” ou “Úlcera Venosa” ou “Úlcera Arterial” ou “Ferida Traumática” ou “Queimadura” do “SClínico”) inscritos na USF Águeda + Saúde, pertencente ao ACeS Baixo Vouga e ARS Centro. Durante o período destinado à colheita de dados, verificou-se um número reduzido de utentes que reuniam todos os critérios de inclusão, pelo que se decidiu alargar a investigação à UCSP Águeda II, unidade pertencente ao mesmo ACeS, após a devida autorização do coordenador da mesma (Anexo I). Assim, a amostra foi constituída pela totalidade de utentes que reuniam todos os critérios de inclusão tendo, assim, sido avaliados 21 indivíduos nos dois momentos do ciclo de investigação-ação.

Para a constituição da amostra, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- Uteses com mais de 18 anos;
- Uteses inscritos nas unidades do estudo;
- Uteses com capacidade para responder oralmente ao formulário, a preencher pelo investigador;
- Uteses inseridos no programa de “Tratamento de Feridas”; com “Diagnóstico”: “Úlcera” ou “Úlcera Venosa” ou “Úlcera Arterial” ou “Ferida Traumática” ou “Queimadura” do “SClínico” há 6 ou mais semanas⁵.

Definiram-se ainda como critérios de exclusão:

- Uteses que não dominavam o português falado;
- Uteses com incapacidade cognitiva que impedisse a compreensão das questões colocadas, medida através da aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE) com *score* correspondente aos valores operacionalizados por Morgado et al. (2009), como veremos explicitado no ponto abaixo.

⁵ Os respetivos dados foram consultados através do supervisor/tutor, não acedendo a estudante investigadora a nenhum dado do processo clínico do doente sem a presença deste.

3.3. Procedimento de Recolha de Dados

No que se refere à recolha de dados, esta passou por duas fases fundamentais, ou seja, pela aplicação em dois momentos distintos de um formulário. A recolha de informação pode ser definida como um processo altamente estruturado, que permite obter a mesma informação junto de todos os sujeitos da amostra, de uma forma comparável e preestabelecida (Polit & Hungler, 2004). Assim, perante os factos descritos, nomeadamente as características esperadas dos participantes, seleccionou-se como instrumento mais favorável a esta investigação, um formulário preenchido pela investigadora.

Segundo Gil (2002), este método pode ser definido como a técnica de colheita de dados em que o investigador formula questões previamente elaboradas e anota as respostas do participante. Para o mesmo autor, em termos de métodos de colheita de dados, este encontra-se entre o questionário e a entrevista, sendo indicado para pesquisas de opinião pública e de mercado. Para Marconi e Lakatos (2003, p. 212) o formulário apresenta as seguintes vantagens e limitações:

- Vantagens – pode ser utilizado em todos os segmentos da população; a presença do pesquisador favorece o esclarecimento de eventuais dúvidas; flexibilidade para ajustar às necessidades da situação; consegue extrair dados complexos; facilita a aquisição de um número representativo de participantes; possibilita uma uniformidade nos símbolos utilizados no momento do preenchimento.
- Limitações – oferece menos liberdade nas respostas, devido ao contato com o investigador; oferece risco de distorções por parte do investigador; fornece pouco tempo para os participantes pensarem na resposta; pode haver insegurança nas respostas devido à identificação do informante; os participantes podem estar em localidades distantes, gerando dificuldade quanto ao tempo e ao gasto financeiro.

De acordo com as metas traçadas para este estudo foram utilizados três instrumentos de avaliação/colheita de dados: o instrumento *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Anexo II), um formulário (Apêndice I) para caracterização sociodemográfica, clínica e da UCMI dos participantes e a EAMD.

O primeiro instrumento utilizado foi o MMSE, aplicado com o intuito de cumprir um dos critérios de seleção da amostra (avaliação da capacidade cognitiva). A escala de MMSE de Folstein, Folstein e McHugh (1975), foi validada para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994), sendo uma das principais escalas mais utilizadas em todo o mundo como medida de avaliação da capacidade cognitiva. Segundo Sequeira (2007), constitui um instrumento de avaliação cognitiva, possibilitando o despiste de défice cognitivo de acordo com o grau de escolaridade. Este instrumento permite a avaliação da orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Cada resposta correta corresponde a um ponto, a escala

varia de 0 a 30 valores, condizendo este último dado com o melhor desempenho (Morgado et al., 2009). Tendo em conta a melhoria no acesso à educação, a evolução a nível económico e social, a melhoria nos cuidados de saúde e nutrição, Morgado et al. (2009), propuseram novos valores operacionais de “*coorte*” do MMSE para a população portuguesa, com consistência interna de valor moderado (*Alfa de Cronbach* 0.464).

Os valores operacionais propostos pelos autores acima mencionados são: 0 a 22 pontos para literacia de 0 a 2 anos, 22-24 pontos para literacia de 3 a 6 anos e 24-27 pontos para literacia igual ou superior a 7 anos, não sendo o objetivo distinguir indivíduos com declínio cognitivo de indivíduos saudáveis, mas sim identificar sujeitos que apresentem um desempenho muito inferior à média. Considerando estes valores, no estudo proposto, apenas foram incluídos os utentes cujo *score* de aplicação da escala corresponderem aos valores operacionalizados acima.

O formulário (Apêndice I) aplicado no nosso estudo é constituído por três partes:

- Primeira parte: caracterização sociodemográfica e clínica [sexo (masculino/feminino), idade (anos), constituição do agregado familiar, habilitações literárias e profissão, comorbilidades, medicação, hábitos tabágicos, peso (quilogramas), altura (metros), Índice de Massa Corporal (IMC), história de diabetes e índice de dependência de Barthel];
- Segunda parte: caracterização da úlcera [tempo de evolução da úlcera de perna, recidiva da úlcera da perna, localização da úlcera, área (mm²), etiologia, origem da úlcera, presença de dor, pulsos e terapia compressiva, utilização da avaliação da úlcera do SClinico];
- Terceira parte: EAMD, validada para a população portuguesa por Baltar, Ribeiro, Torres, Araújo (1999).

O índice de Barthel foi desenvolvido, originalmente, por Mahoney e Barthel (1965) e avalia a independência do sujeito para a realização de atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas. Na versão original, a pontuação varia entre 0 e 100, sendo a pontuação mínima de 0 correspondente a máxima dependência para todas as atividades de vida diária avaliadas e, a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas. No entanto, Araújo et al. (2007) validaram para a população portuguesa a versão desenvolvida por Wade e Collin (1988), que propõe uma pontuação dos itens em 0, 1, 2, ou 3, obtendo uma pontuação total da escala entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente), como poderemos verificar no Quadro 2 que apresentamos de seguida.

Quadro 2 - Interpretação do Índice de Barthel (Araújo et al., 2007)

Pontuação	Classificação
0 – 8	Dependência Total
9 – 12	Dependência Grave
13 – 19	Dependência Moderada
20	Independência Total

O estudo das propriedades psicométricas revela que é um instrumento com um nível de fidelidade elevado (*Alfa de Cronbach* de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r=0,66$ e $r=0,93$, pelo que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas, de uma forma objetiva (Araújo et al., 2007).

A EAMD (parte III do formulário) baseada na escala de Ajuste Mental ao Cancro de Watson et al. (1988) foi validada para a população portuguesa por Ribeiro *et al.* (1999) e utilizada, posteriormente, por Sá (2001). Esta escala permite avaliar um conjunto de respostas cognitivas e comportamentais face a um diagnóstico, por forma a determinar o ajustamento mental a uma doença. A escala original era composta por 58 questões e, posteriormente, foi elaborada uma versão reduzida, com 40 questões, distribuídas por 5 dimensões. Estas dimensões não foram confirmadas por outros estudos em língua inglesa, a não ser o do Reino Unido (Romero et al., 2006). Isto levou os autores da escala a reconhecer as limitações da mesma e a desenvolver uma nova escala que incluiu um grande número de novos itens, a Mini-MAC (*Mental Adjustment to Cancer Scale*). Também reconheceram limitações na avaliação de estratégias de *coping* de evitamento e foi tida em conta a fidelidade (consistência interna) de cada uma das cinco dimensões (Watson et al., 1988). A Mini-Mac foi adaptada para a população portuguesa por Pais Ribeiro, Ramos e Samico (2003) e o estudo das suas características psicométricas foi realizado numa amostra de 60 doentes com diagnóstico de cancro, dos quais 30 tinham diagnóstico de cancro colo-rectal em fase inicial e 30, diagnóstico de cancro da mama. Segundo os autores, na versão portuguesa foi retirada a palavra “cancro”, por exigência da instituição onde os dados foram recolhidos. Neste estudo, foi utilizada a escala validada por Ribeiro et al (1999), constituída por 47 questões (consultada no estudo de (Sá, 2001), “A influência da adaptação mental à doença oncológica na qualidade de vida do doente hemato-oncológico, em ambulatório”) divididas em cinco dimensões (Quadro 3), onde à semelhança de outros estudos se omitiu a palavra “cancro” passando esta a ser substituída pela palavra “doença”, permitindo assim a sua utilização em qualquer patologia crónica.

Quadro 3 - Itens por subescalas da EAMD (Ribeiro *et al.*,1999; Sá,2001)

Subescalas MAD	Itens	Interpretação
Fatalismo	7, 8, 12, 15, 24, 30, 33, 35, 45	Permite saber se o doente vê o diagnóstico como uma ameaça <i>minor</i> com atitudes de confronto ausentes e serenidade sobre os resultados, verificando-se aceitação passiva
Preocupação Ansiosa	1, 3, 10, 14, 19, 21, 22, 29, 37	Demarca a existência de ansiedade persistente, por vezes acompanhada de depressão, procura informação compulsivamente como resposta comportamental sobre a doença, mas tende a interpretá-la de forma pessimista, sendo incerto a capacidade de controlar a doença
Desespero / Desesperança	2, 9, 17, 23, 25, 36	Delimita a existência de respostas passivas face à doença, manifestadas essencialmente por uma visão negativista das competências bem como a descrença sobre a possibilidade de qualquer controlo sobre ela
Espírito de Luta	4, 5, 6, 11, 13, 16, 18, 20, 26, 27, 28, 31, 32, 34, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47	Determina a existência dum conjunto de respostas de <i>coping</i> , visão otimista do futuro e crença na possibilidade de algum controlo sobre a doença
Negação	38	Entendido como a recusa do diagnóstico ou admissão do diagnóstico, mas negando a gravidade com visão positiva do prognóstico em que a questão do controlo é irrelevante

Relativamente ao comportamento da EAMD, no que respeita à sua confiabilidade, esta verificou-se em vários estudos consultados, apresentando um *Alfa de Cronbach* na sua maioria entre 0,61 a 0,94 (valores questionáveis a excelentes), como podemos verificar na Tabela 2; porém constata-se valores de carácter pobre e inaceitável para determinadas subescalas.

Tabela 2 - Valores da consistência interna da EAMD por subescala através do cálculo do *alfa de cronbach* dos diferentes estudos

Subescala	<i>α de cronbach</i>				
	Watson et al., (1988)	Schawartz et al., (1992)	Nordin et al. (1999)	Sá (2001)	Alves, (2017)
Espírito de Luta	0,84	0,78	0,81	0,86	0,22
Desespero/Desesperança	0,79	0,83	0,78	0,83	0,92
Preocupação Ansiosa	0,65	0,43	0,62	0,60	0,92
Fatalismo	0,65	0,67	0,61	0,64	0,94
Evitamento/Negação	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

As respostas são dadas segundo uma escala ordinal de quatro alternativas, sendo que 1 “Não se aplica de modo nenhum a mim” e 4 “Aplica-se totalmente a mim”. Para cada um dos itens, os sujeitos assinalam o seu grau de concordância, numa escala de quatro pontos (1= Não se aplica de modo nenhum a mim; 2= Não se aplica a mim; 3= Aplica-se a mim; 4= Aplica-se totalmente a mim).

Relativamente aos pontos de corte para a classificação “ajustado” *versus* “não ajustado” nas diversas subescalas da EAMD, verificámos que na bibliografia consultada, apenas Alves (2017) estabelece um *score* para a dicotomização das subescalas. Neste sentido, optámos pela mesma dicotomização: como cada item avaliado tinha 4 opções de resposta, considerou-se que na subescala “Espírito de Luta” as duas primeiras opções de resposta estavam relacionadas com a classificação de “não ajustado”, enquanto as duas últimas opções de resposta estavam relacionadas com a classificação de “ajustado”. No caso das subescalas “Desespero / Desesperança”, “Preocupação Ansiosa”, “Fatalismo” e “Evitamento / Negação” o procedimento foi o contrário, ou seja, as duas primeiras opções de resposta estavam relacionadas com a classificação de “ajustado”, enquanto as duas últimas opções de resposta estavam relacionadas com a classificação de “não ajustado”. Como cada resposta estava codificada de 1 a 4, então o ponto de corte foi o ponto médio do intervalo de valores possíveis para uma determinada subescala (ver Quadro 4).

Quadro 4 - Pontos de corte para a classificação "ajustados" versus "desajustados nas diversas dimensões da EAMD (Alves, 2017)

Subescalas MAD	Nº total de questões	Score Min.	Score Máx.	Ajustado (score)	Desajustado (score)
Fatalismo	9	9	36	9 a 23	24 a 36
Preocupação Ansiosa	9	9	36	9 a 23	24 a 36
Desespero / Desesperança	6	6	24	6 a 15	16 a 24
Espírito de Luta	22	22	88	56 a 88	22 a 55
Evitamento / Negação	1	1	4	1 a 2	3 a 4

Com o intuito de verificar a adequabilidade do preenchimento da primeira parte do formulário, correspondente à caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes assim como das características das UCMI, foi realizado um pré-teste a duas pessoas não pertencentes ao grupo de participantes no estudo, de forma a poder prever o tempo necessário ao seu preenchimento e eventuais dificuldades de compreensão/ interpretação.

Para facilitar a identificação e coincidência dos participantes entre o momento 1 e momento 2 (cerca de 1 mês após o primeiro momento) de recolha de dados foi criado um código numérico por formulário e elaborada uma tabela de informação geral (código, nome, contacto telefónico, caracterização por subescala em cada momento e respetivas datas de realização).

Entre os dois momentos de recolha de dados foi realizada uma intervenção psicoeducativa individualizada e adequada a cada participante com recurso ao “Manual de Intervenção do Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores”, criado de forma a promover o ajustamento mental (Apêndice II) e que explicaremos posteriormente.

3.4. Variáveis em Estudo

Uma das etapas da fase conceptual é a identificação das variáveis em estudo. Segundo Fortin (2009, p. 48), uma variável é “...um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Correspondendo a uma qualidade ou a uma característica que são atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem objetos de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico.” Estas devem ser elaboradas ao mesmo tempo que é determinado o quadro teórico ou conceptual e definidas não de forma somente conceptual, mas também, de forma operacional para permitir, assim, a sua medida (Fortin, 2009).

Quando um conceito é colocado em ação no decorrer de uma investigação, este passa a ser designado de variável, sendo que estas são qualidades, propriedade ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas, podendo ser classificadas, consoante a sua utilização (Fortin, 2009). Tendo em consideração o foco de atenção do nosso estudo, foram definidas variáveis de atributo, dependentes e independentes. Consideram-se variáveis de atributo as que têm características pré-existent dos participantes num estudo; variáveis independentes, as que correspondem ao elemento que é introduzido e manipulado na investigação e variáveis dependentes, as que correspondem à variável que sofre o efeito da variável independente (Fortin, 2009). Assim, podemos verificar no Quadro 5 as variáveis identificadas para o presente estudo.

Quadro 5 - Variáveis de atributo, dependentes e independentes do presente estudo de investigação

Tipo de Variáveis	Descrição
Variáveis de Atributo	<p>Sociodemográficas: idade (anos), sexo (masculino/feminino), habilitações literárias (não sabe ler nem escrever, 1º/2º/3º ciclo do ensino básico, ensino secundário, ensino superior), situação profissional (empregado/desempregado/reformado), composição do agregado familiar (sozinho / com a família)</p> <p>Clínicas: peso (quilogramas), altura (metros), IMC (m^2) Comorbilidades, hábitos tabágicos (sim/não, anos consumo, ex. fumador), História de Diabetes (sim/não, medicação, controlo glicémico, anos da patologia), Índice de Barthel.</p> <p>Caraterização da Ferida: tempo de evolução da UCMI, recidiva da UCMI, localização da UCMI, origem da úlcera, etiologia da úlcera; presença de dor, pulsos, terapia Compressiva;</p> <p><u>Avaliação da ferida (adaptada do SClinico):</u> dimensão da ferida, área da úlcera (mm^2), pele circundante, bordos, profundidade, sensibilidade, antibioterapia, tunelização), tipo de tecido no leito da ferida, exsudado (quantidade, odor, viscosidade, cor) e sinais de infeção / inflamação</p>
Variáveis Independentes	<p>Intervenção de enfermeiro de família no ajustamento mental: Intervenção Psicoeducativa para o ajustamento mental</p>
Variáveis dependentes	<p>Ajustamento mental: pontuação obtida na Escala de Ajustamento Mental à Doença (EAMD)</p>

3.5. Tipo de Intervenção

Os participantes no estudo foram abordados, primeiramente, pelo enfermeiro de família, aquando da realização do tratamento da úlcera (na unidade de saúde ou no domicílio), que indagou a sua disponibilidade para participar no mesmo. Após o tratamento, e para os utentes que mostraram disponibilidade, o investigador explicou os objetivos do estudo, para que, de forma informada e

livre, aceitassem participar no mesmo, salvaguardando a possibilidade de alteração dessa mesma decisão a qualquer momento sem qualquer tipo de consequências; o utente assinaria o consentimento informado, como abordaremos mais pormenorizadamente abaixo. A todos os utentes que reuniram os critérios de inclusão foi aplicado o formulário, o qual foi preenchido pelo investigador, sendo as questões relativas especificamente à caracterização da úlcera formuladas aos enfermeiros de família, à exceção do ponto 2 – Recidiva da úlcera e do ponto 4 – Presença de dor – na segunda parte do formulário.

Após a aplicação do formulário, procedeu-se à identificação dos indivíduos participantes que se revelaram não ajustados e analisou-se em que subescala(s) do ajustamento mental esse desajustamento se verificou. Perante o não ajustamento em determinada(s) subescala(s), aplicou-se uma intervenção psicoeducativa de enfermagem focada em estratégias/atividades específicas que visavam capacitar o utente para a diminuição das repercussões menos positivas do impacto das UCMI, a nível do ajustamento mental. O conjunto de intervenções de enfermagem elaboradas com o intuito de facilitar o ajustamento mental dos portadores de UCMI por dimensões, constitui o “Manual de Intervenção do Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores” (Apêndice II).

Por nos parecer mais adequado, e de forma a não importunar os participantes, a intervenção de enfermagem não foi implementada no momento da aplicação do formulário, mas sim no contato seguinte, dado que estes utentes recorriam com frequência à Unidade de Saúde onde se encontravam a realizar tratamento ou o enfermeiro de família deslocava-se com frequência ao domicílio. Previamente, ao início da aplicação do estudo, foi construído o já referido manual, sendo este operacionalizado de acordo com a linguagem CIPE, versão 2015 (Internacional Council of Nurses, 2015) por forma a, futuramente, se possível, se propor que as intervenções que descreve sejam parametrizadas para o programa informático SClínico e utilizadas, por todos os enfermeiros, a nível dos CSP. Pensamos, assim, que o manual poderá vir a constituir uma mais-valia na avaliação do ajustamento mental dos utentes portadores de UCMI. O manual foi sistematizado e organizado em duas partes distintas: a primeira parte contém informação geral (que foi operacionalizada junto de todos os participantes desajustados) e, na segunda parte, a informação encontra-se dividida pelas cinco dimensões da EAMD (que foi operacionalizada, apenas, junto dos participantes desajustados na respetiva subescala). Foram, também, elaborados seis folhetos (um com a informação geral (Apêndice III) e um por cada uma das cinco dimensões da EAMD) que foram distribuídos a todos os participantes “desajustados” (distribuídos de acordo com a(s) subescala(s) de desajustamento) após a intervenção, para que, assim, pudessem recordar, posteriormente, todo o ensino efetuado (Apêndice IV).

Como tal, e como já referido anteriormente, na abordagem de todos os participantes classificados como “desajustados”, no primeiro momento, existiu um contato inicial semelhante para todos: abordou-se a etiologia das UCMI, afluíram-se o tratamento farmacológico e não farmacológico das mesmas. Tendo em conta a especificidade de cada subescala, as intervenções foram agrupadas de acordo com a interpretação do significado atribuído a cada uma delas, tentando,

assim, dar resposta às mesmas, como podemos observar no Quadro 6. Após e decorridos cerca de um mês após a intervenção de enfermagem, aplicou-se novamente a EMAD em todas as suas dimensões e a todos os participantes no estudo, com o intuito de verificar se a intervenção de enfermagem teve algum impacto no ajustamento mental das pessoas com UCMI.

Quadro 6 - Áreas de Ajustamento Mental não ajustadas e respetivas intervenções Psicoeducativas de Enfermagem

Áreas desajustadas	Intervenções
Espírito de Luta	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar a pessoa: relativamente ao que é para ela ter uma úlcera crónica; quais as suas experiências prévias com úlceras nos membros inferiores; o significado da úlcera; - Dar a conhecer quais as implicações das UCMI; - Desmistificar crenças erróneas acerca das UCMI; - Incentivar a partilha de emoções com as pessoas significativas / enfermeiro de família; - Incentivar procura de ajuda junto das pessoas significativas / enfermeiro de família para ultrapassar as dificuldades que as UCMI podem acarretar; - Informar que as emoções interferem com a cicatrização das úlceras; - Ensinar estratégias para a gestão dos seus papéis; - Incentivar / promover a adesão ao tratamento; - Fazer reconhecer à pessoa as suas conquistas prévias; - Incentivar a realização das atividades de vida diária bem como atividades que possam proporcionar prazer.
Evitamento/Negação	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o utente a ponderar quais os benefícios de aderir ao tratamento em detrimento das consequências de não aderir ao tratamento. - Dar a conhecer ao utente quais as dificuldades que este poderá sentir se aderir ao tratamento; - Dar a conhecer ao utente ganhos que este poderá ter se aderir ao tratamento; - Dar a conhecer ao utente quais as consequências da não adesão ao tratamento; - Reforçar a ideia de que existe uma equipa multiprofissional para o ajudar a ultrapassar esta dificuldade.
Fatalismo	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar a pessoa: relativamente ao que é para ela ter uma úlcera crónica; quais as suas experiências prévias com úlceras nos membros inferiores; o significado da úlcera; - Dar a conhecer quais as implicações das UCMI; - Incentivar / promover a adesão ao tratamento; - Encorajar o utente a falar com o enfermeiro de família se sentir dor ou odor; - Dar a conhecer a importância da colaboração do utente na cicatrização da úlcera;

	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conhecer a possibilidade de recidiva das úlceras e a forma como pode prevenir/adiar; - Vincar a importância do não isolamento; - Reforçar a ideia de que existe uma equipa multiprofissional.
Desespero/Desesperança	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conhecer ao utente o que este pode fazer para ajudar na cicatrização da úlcera; - Incentivar a partilha de emoções com as pessoas significativas / enfermeiro de família; - Incentivar procura de ajuda junto das pessoas significativas / enfermeiro de família para ultrapassar as dificuldades que as UCMI podem acarretar; - Informar que as emoções interferem com a cicatrização das úlceras; - Ensinar estratégias para a gestão dos seus papéis; - Frisar que o utente tem um papel ativo no alcance da cicatrização da úlcera. - Referir que o reconhecimento por parte do utente do que é ter uma úlcera crónica, das suas implicações e aderindo ao tratamento proposto a cicatrização pode ser alcançada;
Preocupação Ansiosa	<ul style="list-style-type: none"> - Questionar a pessoa: relativamente ao que á para ela ter uma úlcera crónica; quais as suas experiências prévias com úlceras nos membros inferiores; o significado da úlcera; - Dar a conhecer quais as implicações das UCMI; - Ensinar ao utente técnicas para diminuir a ansiedade; - Reforçar a ideia de que existe uma equipa multiprofissional para o ajudar a ultrapassar as dificuldades; - Desmistificar crenças erróneas acerca das UCMI; - Incentivar a partilha de emoções com as pessoas significativas / enfermeiro de família; - Incentivar procura de ajuda junto das pessoas significativas / enfermeiro de família para ultrapassar as dificuldades que as UCMI podem acarretar; - Informar que as emoções interferem com a cicatrização das úlceras; - Incentivar / promover a adesão ao tratamento; - Fazer reconhecer à pessoa as suas conquistas prévias; - Incentivar a realização das atividades de vida diária

3.6. Procedimentos Éticos

De acordo com Polit e Hungler (2004), ao recorrer a indivíduos, como sujeitos de investigação, dever-se-á assegurar a proteção dos seus direitos. Defendem que, acima de tudo, a investigação não cause qualquer dano, não coloque os sujeitos em desvantagem ou os exponha a situações

para as quais eles não foram devidamente preparados. Neste sentido, dever-se-á garantir que a sua participação ou a informação que possam ceder ao investigador, não venha de alguma forma a ser utilizada contra eles, pelo que têm o direito de decidir livremente se querem ou não participar num estudo sem o risco de se submeterem a retaliações que venham a prejudicá-los.

Na mesma linha de pensamento, Martins (2008) refere que, toda a investigação científica é uma atividade humana que acarreta uma grande dose de responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Esta, deverá estar, sempre, associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade. No que, particularmente, diz respeito à investigação na disciplina de enfermagem esta “... não foge a estas exigências e requisitos, devendo obedecer aos princípios éticos, nacional e internacionalmente estabelecidos. Estes princípios, sendo comuns a uma qualquer investigação, têm no entanto particularidades inerentes à disciplina científica que lhe serve de base” (Martins, 2008, p. 62).

Para Fortin (2009), a investigação, independentemente dos aspetos que sejam estudados, deve ser conduzida tendo em conta o respeito pelos direitos das pessoas e dos princípios éticos, sendo estes:

- O respeito pelo consentimento livre e esclarecido;
- O respeito pelos grupos vulneráveis;
- O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais;
- O respeito pela justiça e equidade;
- O equilíbrio entre vantagens e inconvenientes;
- A redução dos inconvenientes;
- A otimização das vantagens.

Assim, em todas as etapas do estudo foram tidos em conta estes princípios e efetuados os seguintes procedimentos:

- Obtido consentimento do autor da versão Portuguesa do Índice de Barthel, para a sua utilização neste estudo (Anexo III);
- Obtido consentimento do autor da versão Portuguesa da EAMD, para a sua utilização neste estudo (Anexo IV);
- Obtidas as respetivas autorizações dos Coordenadores tanto da USF Águeda + Saúde (Anexo V) como da UCSP Águeda II (Anexo I) para a realização do estudo
- Obtido parecer positivo do Diretor Executivo do ACeS Baixo Vouga para a aplicação do estudo, que, posteriormente, o encaminhou para a Comissão de Ética da ARS Centro.
- Obtido parecer favorável por parte da Comissão de Ética da ARS Centro para a realização do estudo (Anexo VI);
- Solicitado consentimento livre e esclarecido, aos participantes do estudo (Apêndice V), sendo-lhes explicitado os objetivos de este e garantido o anonimato e a confidencialidade

dos dados colhidos, podendo os mesmos recusarem participar no estudo em qualquer momento.

Os dados relativos aos utentes, foram consultados no programa informático SClínico, tendo sido examinados através do supervisor/tutor, não acedendo a estudante investigadora a nenhum dado do processo clínico do doente sem a presença do mesmo. O preenchimento da parte do formulário correspondente à caracterização da úlcera foi efetuado recorrendo ao enfermeiro de família.

A consulta de informação entre o primeiro e o segundo momento foi realizada através da tabela criada com a indicação do código numérico de cada formulário, como anteriormente referido, sendo que o ficheiro estava protegido com *password* e a esta informação apenas teve acesso a estudante investigadora.

3.7. Procedimentos de Análise de Dados

Após a colheita de dados, no primeiro e segundo momento, foi efetuada, inicialmente uma base de dados em *Microsoft Office Excel*, para sistematização dos mesmos e posteriormente introduzidos e analisados com recurso ao programa de tratamento estatístico *Statiscal Package for the Social Science* (SPSS), na versão 24.0 para *Windows*.

No intuito de dar resposta aos objetivos formulados para o presente estudo, para a análise e tratamento dos dados de caracterização dos participantes, recorreu-se à estatística descritiva, uma vez que, e em concordância com Fortin (2009), esta torna possível o resumo da informação numérica de um modo estruturado, facilitando a identificação das variáveis medidas na amostra e que a caracterizam. A organização e apresentação destes resultados foi efetuada sob a forma de tabelas, onde se encontra descrita a distribuição de frequências e percentagens. Para as variáveis quantitativas foram ainda calculadas algumas medidas de tendência central e medidas de dispersão (médias e desvios padrão (DP)). No que diz respeito à caracterização do ajustamento mental, esta foi efetuada de acordo com cada uma das subescalas (“Espírito de Luta”, “Desespero/Desesperança”, “Preocupação Ansiosa”, “Fatalismo e Evitamento Negação”) e ainda de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas. No que se refere à classificação dos participantes como “ajustados” ou “não ajustados”, considerou-se que, bastaria a classificação como “não ajustado” numa das subescalas para ser considerado como “não ajustado”.

Dado ao reduzido número de participantes no estudo, justificado em parte pelo curto período em que o mesmo foi desenvolvido, a investigadora optou por não utilizar a estatística inferencial,

pois esse número não permite, obter resultados fiáveis, podendo levar a interpretações incorretas e desprovidas de significância estatística.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Ao longo deste subcapítulo serão apresentados os resultados obtidos no presente estudo. São assim, desta forma descritas as características sociodemográficas, clínicas e das úlceras dos participantes. Iremos ainda, apresentar a caracterização do ajustamento mental dos participantes nos dois momentos de avaliação, obtida através da aplicação da EAMD, bem como a análise comparativa entre cada um deles.

4.1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo, apresenta-se na Tabela 3, as seguintes características: idade, sexo, estado civil, composição do agregado familiar e situação profissional dos mesmos. Neste sentido, pode verificar-se que a amostra foi composta por 21 indivíduos, 52,4% do sexo masculino e 47,6% do sexo feminino, verificando-se assim, um equilíbrio relativamente equitativo em relação a estes dois grupos. No que concerne à idade, constatou-se que o predomínio dos participantes era de idosos, ou seja, com idade superior ou igual a 65 anos⁶, correspondendo estes a 68,9% do total de participantes, com uma média de idades de $72,24 \pm 13,14$ anos. Analisando as habilitações literárias, verificou-se que a maioria dos participantes completou o primeiro ciclo do Ensino Básico, correspondendo a 66,7% da totalidade da amostra; de referir que 4,8% dos participantes referiram não saber ler nem escrever. Relativamente à composição do agregado familiar, 90,5% referem viver com a família, sendo que a maioria destes (71,4%) coabitam apenas com a esposa/marido. Apenas 9,5% dos participantes referem viver sozinhos. Por fim e relativamente à situação profissional, podemos constatar que a maioria destes (62%) refere já estarem reformados, enquanto que de forma equitativa estão os que referem estar empregados ou desempregados com 19%.

⁶ A maioria dos países desenvolvido aceitou a idade cronológica de 65 anos como ponto de corte para se considerar a pessoa como 'idosa' (Direção Geral da Saúde, 2013)

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=21)

Variáveis	n.º(%)
Sexo	
Masculino	11 (52,4)
Feminino	10 (47,6)
Idade (anos)	
Inferior a 65	8 (38,1)
65 a 74	3 (14,3)
75 a 84	5 (23,8)
Superior ou igual a 85	5 (23,8)
Habilitações Literárias	
Não sabe ler nem escrever	1 (4,8)
1º ciclo do ensino básico	14 (66,7)
2º ciclo do ensino básico	2 (9,5)
3º ciclo do ensino básico	2 (9,5)
Ensino secundário	2 (9,5)
Ensino superior	0
Composição do Agregado Familiar	
Vive sozinho	2 (9,5)
Vive com a família	19 (90,5)
Situação Profissional	
Empregado	4 (19)
Desempregado	4 (19)
Reformado	13 (62)

4.2. Caracterização Clínica dos Participantes

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos participantes pelas variáveis associadas à sua caracterização clínica, nomeadamente no que se refere a valores antropométricos, hábitos tabágicos, e comorbilidades incluindo a Diabetes *Mellitus*.

Analisando a referida tabela, verifica-se que dos 21 indivíduos sobre os quais incidiu o presente estudo e em concordância com a orientação 017/2013 da Direção Geral da Saúde (2013), 42,9% estão categorizados com pré-obesidade e 23,9% com peso normal, sendo que a média de peso corporal se situou nos 83,4±22,8 Kg e a média de altura se situou em 167±9,8 cm.

Relativamente às comorbilidades (excetuando a diabetes *mellitus*), 23,8% dos participantes referiu não apresentar qualquer patologia, excetuando a UCMI; a maioria dos participantes (76,2%) referiu apresentar uma ou mais das seguintes patologias (de acordo com o ICD-10-CM/PCS "Medical Coding Reference", 2018): doença cardiovascular não especificada (66,7%); hipercolesterolemia pura (33,3%); bronquite não especificada como aguda ou crónica (14,3%); doença pulmonar crónica obstrutiva não especificada (9,5%); polineuropatia diabética (4,8%); dependência de diálise renal (4,8%) e neoplasia maligna da próstata (4,8%).

Relativamente à Diabetes *Mellitus*, a maioria dos participantes (61,9%), referiu não apresentar esta doença crónica. Dos 38,1% que disseram ser diabéticos, a maioria faz antidiabéticos orais (75,0%) para controlo da glicémia e referem também fazer a pesquisa de glicémia capilar (75,0%). Quanto ao tempo de diagnóstico os grupos mais representados são os de 1 a 5 anos e

há mais de 10 anos, com uma igualdade percentual de 37,5%. No índice de Barthel a maioria dos participantes (61,9%) demonstra possuir “independência total” para a realização das atividades de vida diária.

Tabela 4 - Caracterização clínica dos participantes (n=21)

Variáveis	n.º(%)
IMC⁷	
Baixo Peso I 17 – 18,49	0
Peso Normal 18,5 – 24,99	5 (23,8)
Pré-Obesidade 25 – 29,99	9 (42,9)
Obesidade I 30 – 34,99	3 (14,3)
Obesidade II 35 – 39,99	2 (9,5)
Obesidade III superior a 39,99	2 (9,5)
Comorbilidades	
Não	5 (23,8)
Sim	16 (76,2)
Hábitos Tabágicos	
Não	20 (95,2)
Sim	1 (4,8)
Diabetes Mellitus	
Não	13 (61,9)
Sim	8 (38,1)
Índice de Barthel	
Dependência total (0-8)	0
Dependência grave (9-12)	1 (4,8)
Dependência moderada (13-19)	7 (33,3)
Independência total (20)	13 (61,9)

4.3. Caracterização das Úlceras dos Participantes

Neste ponto iremos proceder à caracterização das úlceras dos participantes em termos fisiopatológicos, anatómicos e tipo de drenagem das mesmas.

4.3.1. Caracterização da Fisiopatologia da Úlcera

Tendo em conta os dados apresentados na Tabela 5, onde se apresenta a caracterização da fisiopatologia das úlceras dos participantes, verificou-se, que relativamente ao tempo de evolução da úlcera, o grupo mais representado (38,1%) foi o de 3 meses de evolução embora o grupo de 3 a 6 meses apresente valores muito próximos (28,6%). Em termos de etiologia estas são maioritariamente de origem venosa (47,6%) e em muitos casos tratam-se de recidivas (57,1%). Quanto à localização, estas localizam-se sobretudo ao nível do 1/3 anterior e/ou médio da perna (38,1%), mas também a nível do maléolo lateral (23,8%) e acima do maléolo médio

⁷ Fonte: Direção Geral da Saúde (2013)

(19%). No que diz respeito à dor, a maioria dos participantes verbaliza senti-la (71,4%), 53,3% referiam senti-la sempre, seguindo-se os que referem sentir dor durante e após o tratamento (33,3%). Relativamente à aplicação prévia de terapia compressiva, verificou-se que 61,9% dos participantes referiu já lhe ter sido aplicada essa técnica.

Tabela 5 - Caracterização da fisiopatologia da úlcera (n=21)

Variáveis	n.º (%)
Tempo de evolução da úlcera (meses)	
Inferior a 3	8 (38,1)
De 3 a 6	6 (28,6)
De 6 a 9	3 (14,3)
De 9 a 12	1 (4,8)
Superior a 12 meses	3 (14,3)
Etiologia das úlceras	
Arterial	1 (4,8)
Venosa	10 (47,6)
Mista	8 (38,1)
Pé diabético	2 (9,5)
Primeira úlcera	
Sim	9 (42,9)
Não	12 (57,1)
Localização da úlcera de perna	
Acima do maléolo médio	4 (19)
Maléolo lateral	5 (23,8)
Pé e dedos	3 (14,3)
Circundando o tornozelo	1 (4,8)
1/3 anterior e/ou médio da perna	8 (38,1)
Presença de dor	
Sim	15 (71,4)
Não	6 (28,6)
Terapia compressiva	
Sim	13 (61,9)
Não	8 (38,1)

4.3.2. Caracterização Anatômica das Úlceras

Considerando as respostas dos enfermeiros de família, verifica-se pela análise da Tabela 6 que, relativamente à presença de pulsos dos membros com úlcera, ambos os grupos com pulsos presentes fortes e fracos apresentam uma igualdade percentual de 47,6%. Em 4,8% dos participantes não foi possível palpar os pulsos no membro com úlcera. Constata-se, ainda, que a média da área das úlceras presentes é de $141,05 \pm 130,35 \text{ mm}^2$. Em relação à caracterização da pele circundante às úlceras, os enfermeiros de família referem tratar-se, na sua maioria, de pele seca (76,2%), com bordos predominantemente delimitados (71,4%), com os utentes a apresentarem maioritariamente uma sensibilidade suportável (81%) aquando da realização dos tratamentos. No respeitante à caracterização da úlcera propriamente dita, a maioria destas apresentava tecido de granulação (61,9%) afetando, em predomínio, a derme / epiderme (66,7%) e não possuindo tunelização (95,2%). A maioria destas úlceras não possuía sinais de infeção (85,7%) e as que possuíam eram úlceras estagnadas, encontrando-se 14,3% dos participantes, no momento de colheita de dados, a efetuar antibioterapia

Tabela 6 - Caracterização anatômica das úlceras (n=21)

Variáveis	n.º (%)
Pulsos	
Presentes fortes	10 (47,6)
Presentes fracos	10 (47,6)
Impossibilidade de palpar pulsos	1 (4,8)
Área da úlcera (mm²)	
Inferior a 50	5 (23,8)
50 – 100	6 (28,6)
100 – 150	5 (23,8)
150 – 200	0
200 – 250	2 (9,5)
Superior a 250	3 (14,3)
Pele Circundante	
Seca	16 (76,2)
Macerada	3 (14,3)
Edemaciada	2 (9,5)
Bordos	
Difusos	4 (19)
Delimitados	15 (71,4)
Espessos	2 (9,5)
Profundidade dos tecidos afetados	
Derme-epiderme afetadas	14 (66,7)
Hipoderme afetadas	5 (23,8)
Músculos afetados	2 (9,5)
Sensibilidade	
Intensa	4 (19)
Suportável	17 (81)
Antibióterapia	
Sim	3 (14,3)
Não	18 (85,7)
Tunelização	
Sim	1 (4,8)
Não	20 (95,2)
Tipo de Tecido no leito da úlcera	
T. de epitelação	1 (4,8)
T. de granulação	13 (61,9)
T. desvitalizado. Fibrina e/ou esfacelo	7 (33,3)
Presença de sinais de infecção	
Sim	3 (14,3)
Não	18 (85,7)

4.3.3. Caracterização do Tipo de Drenagem das Úlceras

A partir dos dados apresentados na Tabela 7 relativamente às características da drenagem das úlceras, podemos constatar que na sua maioria, encontravam-se húmidas (71,4%), com um exsudado pouco espesso / fluido (71,4%) de cor clara / âmbar (52,4%) e sem odor (90,5%).

Tabela 7 - Caracterização do tipo de drenagem das úlceras (n=21)

Variáveis	n.º (%)
Quantidade de exsudado	
Húmido	15 (71,4)
Molhado	4 (19)
Saturado	1 (4,8)
Com fuga de exsudado	1 (4,8)
Presença de odor	
Ausente	19 (90,5)
Presente	2 (9,5)
Viscosidade do exsudado	
Espesso, por vezes pegajoso	6 (28,6)
Pouco espesso, fluido	15 (71,4)
Cor do exsudado	
Claro, âmbar	11 (52,4)
Turvo, leitoso ou cremoso	3 (14,3)
Rosado ou avermelhado	2 (9,5)
Verde	1 (4,8)
Amarelo ou acastanhado	4 (19)

4.4. Ajustamento Mental dos Participantes no Momento 1

Neste ponto faremos a exposição da análise dos dados referentes à caracterização do ajustamento mental dos participantes através da EAMD no momento 1 por subescala e através da classificação de “ajustado/ não ajustado” também por subescala. No que se refere à classificação dos participantes como “ajustados” ou “não ajustados”, considerou-se que bastaria a classificação como “não ajustado” numa das subescalas para ser considerado como “não ajustado”.

4.4.1. Ajustamento Mental dos Participantes no Momento 1 por Subescala

Tal como referido anteriormente a avaliação do ajustamento mental foi realizado através da aplicação da EAMD. Para cada uma das subescalas foi calculado o valor médio do *score* final, DP e ainda o valor de percentil 25,50 e 75. Assim, através da análise da Tabela 8 é possível verificar que na subescala “Espírito de Luta” obteve-se um *score* médio de 65,57±6,68, P25 de 62, P50 de 67 e P75 de 68. Já na subescala “Desespero/Desesperança” obteve-se um *score* médio de 11,67±3,07, P25 de 9; P50 de 12 e P75 de 13,5. Na subescala “Preocupação Ansiosa” obteve-se um *score* médio de 23,90±3,60 pontos, P25 de 21, P50 de 23 e P75 de 26,5. Na subescala “Fatalismo” obteve-se um *score* médio de 24,57±3,19, P25 de 21,5, P50 de 25 e P75 de 28 e por fim na subescala “Evitamento/Negação” obteve-se um *score* médio de 2±0,71, P25 de 1,5, P50 de 2 e P 75 de 2,5.

Tabela 8 - Caracterização do ajustamento mental no momento 1 por subescala da EAMD (n=21)

Subescala	M	DP	P25	P50 (mediana)	P75
Espírito de Luta	65,57	6,68	62	67	70,5
Desespero/Desesperança	11,67	3,07	9	12	13,5
Preocupação Ansiosa	23,90	3,60	21	23	26,5
Fatalismo	24,57	3,19	21,5	25	28
Evitamento/Negação	2	0,71	1,5	2	2,5

4.4.2. Resultados do Ajustamento Mental no Momento 1 Através da Classificação “ajustado / não ajustado” por Subescala

Para o cumprimento de um dos principais objetivos deste estudo foi necessário classificar os participantes no estudo como “ajustados” ou “não ajustados” nos dois momentos de aplicação da EAMD. Assim, pela análise da Tabela 9, que se refere aos resultados do momento 1, verificou-se que, na subescala “Espírito de Luta”, a maioria dos participantes (85,7%), foram classificados de “ajustados”, com um valor médio de *score* de $67,61 \pm 4,62$, e 14,2% foram classificados como “não ajustados” obtendo-se como valor médio o *score* de $53,33 \pm 1,53$. Na subescala “Desespero / Desesperança”, à semelhança da subescala anterior, a grande maioria dos participantes (90,5%), foram classificados de “ajustados” tendo estes obtido um valor médio de *score* de $11,05 \pm 2,5$. Apenas 9,5% foram classificados como “não ajustados” com um valor médio de *score* de $17,50 \pm 0,71$. Na análise dos resultados da subescala “Preocupação Ansiosa”, constatou-se que 52,4% dos participantes estavam “ajustados” correspondendo a um valor médio de *score* de $21,09 \pm 1,22$ e 47,6% classificados como “não ajustados” com um valor médio de *score* de $27 \pm 2,62$. Relativamente à subescala “Fatalismo”, ao contrário do que aconteceu nas outras subescalas, a maioria dos participantes, ou seja 61,9%, foram classificados como “não ajustados” correspondendo a um valor médio de *score* de $26,69 \pm 1,84$, enquanto 38,1% dos participantes foram classificados como “ajustados” com um valor médios de *score* de $21,13 \pm 1,13$. A última subescala analisada foi a “Evitamento / Negação” e como se pode verificar na Tabela referida, 76,2% dos participantes encontravam-se “ajustados” correspondendo a um valor médio de *score* de $1,69 \pm 0,48$ e 23,8% dos participantes foram classificados como “não ajustados” com um valor de *score* médio de $3 \pm 0,23$.

Tabela 9 - Caracterização do ajustamento mental no momento 1 através da classificação “ajustados / não ajustados” por subescala da EAMD (n=21)

Subescala	Não Ajustados		Ajustados	
	n.º(%)	M±DP	n.º(%)	M±DP
Espírito de Luta	3 (14,3)	$53,33 \pm 1,53$	18 (85,7)	$67,61 \pm 4,62$
Desespero/Desesperança	2 (9,5)	$17,50 \pm 0,71$	19 (90,5)	$11,05 \pm 2,5$
Preocupação Ansiosa	10 (47,6)	$27 \pm 2,62$	11 (52,4)	$21,09 \pm 1,22$
Fatalismo	13 (61,9)	$26,69 \pm 1,84$	8 (38,1)	$21,13 \pm 1,13$
Evitamento/Negação	5 (23,8)	$3 \pm 0,23$	16 (76,2)	$1,69 \pm 0,48$

4.4.3. Caracterização Sociodemográfica e Clínica Através da Classificação “ajustado / não ajustado” no Momento 1

Neste subponto do relatório apresentamos os resultados obtidos com a comparação sociodemográfica e clínica dos participantes segundo a classificação “ajustado / não ajustado” no momento 1 da aplicação do formulário. Assim e através da análise da Tabela 10, podemos observar no que diz respeito ao sexo, que os participantes classificados como “não ajustados”, 52,9% pertencem ao sexo feminino e 47,1% ao sexo masculino. Já os participantes classificados como “ajustados” a maioria pertence ao sexo masculino (75%).

No que concerne à idade, relativamente aos participantes classificados como “não ajustados” estes distribuem-se de forma equitativa pelas várias categorias, nomeadamente, 29,4% referem ter idade inferior a 65 anos e entre 75 e 84 anos, 23,5% referem ter idade superior a 85 anos e 17,6% idade entre os 65 e os 74 anos. Quanto aos participantes “ajustados” a maioria (75%) tem idade inferior a 65 anos. Quanto às habilitações literárias e no que diz respeito aos participantes classificados como “não ajustados” a maioria (70,6%) refere ter frequentado o “1º Ciclo do Ensino Básico”. Relativamente aos participantes classificados como “ajustados” 50% referem ter frequentado o 1º Ciclo do Ensino Básico e 25% o 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico respetivamente.

No que se refere à composição do agregado familiar, a maioria dos participantes classificados como “não ajustados” (88,2%) refere viver com a família. No que concerne aos participantes “ajustados” a totalidade (100%) refere viver com a família.

Por fim, relativamente à situação profissional, a maioria dos participantes classificados como “não ajustados” (70,6%) refere ser reformado e os classificados como “ajustados”, 50% referem estar empregados, 25% desempregados e 25% reformados.

Tabela 10 - Caracterização sociodemográfica através da classificação "ajustado / não ajustado" no momento 1 (n=21)

Variáveis	Não Ajustados n.º(%)	Ajustados n.º(%)
Sexo		
Masculino	8 (47,1)	3 (75)
Feminino	9 (52,9)	1 (25)
Idade (anos)		
Inferior a 65	5 (29,4)	3 (75)
65 a 74	3 (17,6)	0
75 a 84	5 (29,4)	0
Superior ou igual a 85	4 (23,5)	1 (25)
Habilitações Literárias		
Não sabe ler nem escrever	1 (5,9)	0
1º ciclo do ensino básico	12 (70,6)	2 (50)
2º ciclo do ensino básico	1 (5,9)	1 (25)
3º ciclo do ensino básico	1 (5,9)	1 (25)
Ensino secundário	2 (11,8)	0
Ensino superior	0	0
Composição do Agregado Familiar		
Vive sozinho	2 (11,8)	0
Vive com a família	15 (88,2)	4 (100)
Situação Profissional		
Empregado(a)	2 (11,8)	2 (50)
Desempregado(a)	3 (17,6)	1 (25)
Reformado(a)	12 (70,6)	1 (25)

Pela análise da Tabela 11, onde podemos observar a caracterização clínica dos participantes segundo a classificação de “ajustados / não ajustados” no momento 1 da aplicação do instrumento de recolha de dados, podemos constatar no que diz respeito à variável referente ao IMC que, relativamente aos participantes classificados como “não ajustados” a maioria (47,1%) situavam-se num índice de pré-obesidade relativamente aos classificados como “ajustados” pois 50% possuíam um peso no índice normal. No que se refere à presença de outras comorbilidades 82,4% dos participantes classificados como “não ajustados” referem possuir outro tipo de patologias para além das UCMI, sendo as mais representativas as doenças cardiovasculares (76,5%) e a hipercolesterolemia (50%), os classificados como “ajustados”, 50% referem não possuir nenhuma comorbilidade e os restantes 50% referem possuir outras comorbilidades, sendo que as mais representativas, são também as doenças cardiovasculares e a hipercolesterolemia com 25% e 50% respetivamente.

Outra das variáveis clínicas em análise foram os hábitos tabágicos, em que a maioria dos participantes, tanto os classificados como “ajustados” como “não ajustados”, refere ser não fumador, com um valor de 75% e 100% respetivamente. Relativamente ao facto de já terem sido fumadores, 33,3% dos participantes “ajustados” referem já o terem sido e 17,6% dos participantes “não ajustados” também.

Relativamente à presença de Diabetes, no grupo de participantes classificados como “não ajustados” 41,2% destes, refere ser portador de DM. Dos participantes classificados como “ajustados”, apenas 25% refere ser diabético. Quanto ao Índice de Barthel, aqui parece existir a mesma tendência, tanto para os participantes classificados como “não ajustados” como

“ajustados” em que ambos revelam possuir na sua maioria um índice de independência total, obtendo-se valores de 52,9% e 100% respetivamente.

Tabela 11 - Caracterização clínica dos participantes através da classificação "ajustado / não ajustado" no momento 1 (n=21)

Variáveis	Não Ajustados n.º(%)	Ajustados n.º(%)
IMC		
Baixo Peso I 17 – 18,49	0	0
Peso Normal 18,5 – 24,99	3 (17,6)	2 (50)
Pré-Obesidade 25 – 29,99	8 (47,1)	1 (25)
Obesidade I 30 – 34,99	3 (17,6)	0
Obesidade II 35 – 39,99	1 (5,9)	1 (25)
Obesidade III superior a 39,99	2 (11,8)	0
Comorbilidades		
Sim	14 (82,4)	2 (50)
Não	3 (17,6)	2 (50)
Hábitos Tabágicos		
Sim	0	1 (25)
Não	17 (100)	3 (75)
Diabetes Mellitus		
Sim	7 (41,2)	1 (25)
Não	10 (58,8)	3 (75)
Índice de Barthel		
Dependência total (0-8)	0	0
Dependência grave (9-12)	1 (5,9)	0
Dependência moderada (13-19)	7 (41,9)	0
Independência total (20)	9 (52,9)	4 (100)

4.4.4. Caracterização das Úlceras dos Participantes Através da Classificação “ajustado / não ajustado” no Momento 1

Neste subponto do trabalho apresentamos os resultados obtidos com a comparação da caracterização das úlceras dos participantes segundo a classificação de “ajustado / não ajustado” no momento 1 da colheita de dados. Através da análise da Tabela 12 podemos verificar que relativamente à variável tempo de evolução da úlcera a maioria dos participantes classificados como “ajustados” (75%) tem a úlcera à menos de 3 meses, sendo que 50% são de etiologia venosa, 50% de origem mista e 50% das úlceras destes participantes são recidivas. Relativamente aos participantes classificados como “não ajustados” 36,3% têm a úlcera de 3 a 6 meses e 29,4% à menos de 3 meses, destes participantes 47,1% das úlceras são de origem venosa e 35,3% de origem mista. Em 58,8% dos participantes “não ajustados” as úlceras destes são recidivas.

Quanto à presença de dor constatou-se que a totalidade (100%) dos participantes classificados como “ajustados” refere ter dor, sendo que 50% refere senti-la durante o dia, 25% durante e após o tratamento e 25% sempre. Relativamente aos participantes classificados como “não ajustados” 64,7% referem sentir dor, destes 36,4% durante e após o tratamento e 63,3% sempre.

No que diz respeito à área da úlcera pode constatar-se que 50% dos participantes classificados como “ajustados” possui úlceras com uma área 50-100mm², sendo a totalidade das úlceras destes, com profundidade de tecidos afetados: derme-epiderme. Relativamente aos participantes classificados como “não ajustados” em termos de área da úlcera, 23,5% possui úlceras com áreas: inferiores a 50mm², 50-100mm² e 100-150mm²; 11,8% com áreas de úlcera entre os 200-250mm² e 11,8% com áreas superiores ou igual a 250mm². No que diz respeito à profundidade dos tecidos afetados, 52,2% dos participantes “não ajustados” tem a derme-epiderme afetadas.

Relativamente à quantidade de exsudado presente, constatou-se que dos participantes classificados como “não ajustados” 64,7% tinham o penso húmido, 23,5% molhado e 5,9% possuíam pensos saturados e com fuga de exsudado. Dos participantes classificados como “ajustados”, a totalidade tinha o penso molhado. Por fim, e sendo o odor um dos aspetos que concorre para o bem-estar dos portadores de úlceras crónicas, nenhum dos participantes classificados como “ajustados” possui odor no exsudado. Dos participantes classificados como “não ajustados” 11,8% tem odor.

Tabela 12 - Classificação das úlceras através da classificação "ajustado / não ajustado" no momento 1 (n=21)

	Não Ajustados n.º(%)	Ajustados n.º(%)
Tempo de evolução da úlcera (meses)		
Inferior a 3	5(29,4)	3(75)
De 3 a 6	6(36,3)	0
De 6 a 9	2(11,8)	1(25)
De 9 a 12	1(5,9)	0
Superior a 12	3(17,6)	0
Etiologia das úlceras		
Arterial	1(5,9)	0
Venosa	8(47,1)	2(50)
Mista	6(35,3)	2(50)
Pé diabético	2(11,8)	0
Primeira úlcera		
Sim	7(41,2)	2(50)
Não	10(58,8)	2(50)
Presença de dor		
Sim	11(64,7)	4 (100)
Não	6(35,3)	0
Área da úlcera (mm²)		
Inferior a 50	4(23,5)	1(25)
50 – 100	4(23,5)	2(50)
100 – 150	4(23,5)	1(25)
150 – 200	0	0
200 – 250	2(11,8)	0
Superior a 250	3(17,6)	0
Profundidade dos tecidos afetados		
Pele intata / cicatrizada	1(5,9)	0
Derme-epiderme afetadas	9(52,2)	4(100)
Hipoderme afetadas	5(29,4)	0
Músculos afetados	2(11,8)	0
Quantidade de exsudado		
Húmido	11(64,7)	4(100)
Molhado	4(23,5)	0
Saturado	1(5,9)	0
Com fuga de exsudado	1(5,9)	0
Presença de odor		
Ausente	15(88,2)	4(100)
Presente	2 (11,8)	0

4.5. Ajustamento Mental dos Participantes no Momento 2

Neste ponto faremos a exposição da análise dos dados referentes à caracterização da EAMD no momento 2 por subescala e através da classificação de “ajustado/ não ajustado” também por subescala. No que se refere à classificação dos participantes como “ajustados” ou “não ajustados”, neste momento da aplicação da EAMD, também se considerou que bastaria a classificação como “não ajustado” numa das subescalas para ser considerado como “não ajustado”.

4.5.1. Ajustamento Mental dos Participantes no Momento 2 por Subescala da EAMD

Tal como referido anteriormente a avaliação do ajustamento mental foi realizado através da aplicação da EAMD em dois momentos distintos, faremos agora a análise desta por subescala, mas para o momento 2. Para cada uma das subescalas foi calculado o valor médio do *score* final, DP e ainda o valor de percentil 25,50 e 75. Assim, através da análise da Tabela 13 é possível verificar que na subescala “Espírito de Luta” obteve-se um *score* médio de $68,19 \pm 7,85$, P25 de 64,5, P50 de 71 e P75 de 73,5. Na subescala “Desespero/Desesperança” obteve-se um *score* médio de $9,47 \pm 3,09$, P25 de 6; P50 de 10 e P75 de 12,5. Na subescala “Preocupação Ansiosa” obteve-se um *score* médio de $22,4 \pm 1,32$, P25 de 21,5, P50 e P75 de 23. Na subescala “Fatalismo” obteve-se um *score* médio de $21,1 \pm 2,9$, P25 de 19, P50 de 21 e P75 de 23 e por fim na subescala “Evitamento/Negação” obteve-se um *score* médio de $1,52 \pm 0,51$, P25 de 1, P50 e P75 de 2.

Tabela 13 - Caracterização do ajustamento mental no momento 2 por subescala da EAMD (n=21)

Subescala	M	DP	P25	P50 (mediana)	P75
Espírito de Luta	68,19	7,85	64,5	71	73,5
Desespero/Desesperança	9,47	3,09	6	10	12,5
Preocupação Ansiosa	22,04	1,32	21,5	23	23
Fatalismo	21,1	2,9	19	21	23
Evitamento/Negação	1,52	0,51	1	2	2

4.5.2. Resultados do Ajustamento Mental no Momento 2 Através da Classificação “ajustado / não ajustado” por Subescala

Pela análise da Tabela 14, relativa ao momento 2 de recolha de dados, constata-se que nas subescalas “Preocupação Ansiosa” e “Evitamento / Negação” a totalidade dos participantes

encontram-se “ajustados” (100%), com uma média de score na primeira subescala de $22,05 \pm 2,38$ e para a segunda uma média de score de $1,52 \pm 0,51$. Por sua vez, na subescala “Espírito de Luta”, 85,7% dos participantes encontram-se classificados como “ajustados” com uma média de score de $70,89 \pm 4,25$ enquanto 14,3% permanecem classificados como “não ajustados” com uma média de score de 52 ± 2 . Na subescala “Desespero / Desesperança” constatou-se, que a maioria dos participantes (95,2%) foram classificados como “ajustados” com uma média de score de $9,15 \pm 2,78$ e apenas 4,8% como “não ajustados” com uma média de score de $16 \pm 0,31$. A última subescala avaliada foi a “Fatalismo” e como se pode verificar na Tabela referida, 81,0% foram classificados como “ajustados” com uma média de score de $20,18 \pm 2,38$, 19 % dos participantes encontrava-se classificado como “não ajustados” com uma média de score de $25 \pm 0,82$.

Tabela 14 - Caracterização do ajustamento mental no momento 2 por subescala através da classificação “ajustado / Não ajustado” (n=21)

Subescala	Não Ajustados		Ajustados	
	n.º(%)	M±DP	n.º(%)	M±DP
Espírito de Luta	3 (14,3)	52 ± 2	18 (85,7)	$70,89 \pm 4,25$
Desespero/Desesperança	1 (4,8)	$16 \pm 0,31$	20 (95,2)	$9,15 \pm 2,78$
Preocupação Ansiosa	0	--	21 (100)	$22,05 \pm 1,32$
Fatalismo	4 (19)	$25 \pm 0,82$	17 (81)	$20,18 \pm 2,38$
Evitamento/Negação	0	---	21 (100)	$1,52 \pm 0,51$

4.5.3. Caracterização Sociodemográfica e Clínica Através da Classificação “ajustado / não ajustado” no Momento 2

Neste subponto do relatório apresentamos os resultados obtidos com a comparação sociodemográfica e clínica dos participantes segundo a classificação “ajustado / não ajustado” no momento 2 da aplicação da EAMD. Assim e através da análise da Tabela 15, podemos observar que respeitante ao sexo, dos participantes classificados como “não ajustados” 50% pertencem ao sexo feminino e 50% ao sexo masculino. Já os participantes classificados como “ajustados” 53,3% pertencem ao sexo masculino e 46,7% ao sexo feminino.

No que concerne à idade, para os participantes classificados como “não ajustados”, 66,7% referem ter idade entre os 75 e 84 anos e 33,3% referem ter idade superior a 85 anos. Quanto aos participantes “ajustados” a maioria (53%) refere ter idade inferior a 65 anos, dos restantes: 20% situam-se na faixa etária dos 65-74 e idade superior a 85 anos e 6,7% na faixa dos 75-84 anos.

Quanto às habilitações literárias e no que diz respeito aos participantes classificados como “não ajustados” a maioria (66,7%) refere ter frequentado o “1º Ciclo do Ensino Básico”, a mesma tendência se verifica para os classificados como “ajustados” (66,7%).

No que se refere à composição do agregado familiar, nos participantes classificados como “não ajustados” a maioria (83,3%) refere viver com a família e nos participantes “ajustados” 93,3% refere viver também com a família.

Por fim, relativamente à situação profissional, a totalidade dos participantes classificados como “não ajustados” (100%) refere ser reformado e os classificados como “ajustados” 46,7% referem ser reformados, e 26,7% desempregados ou empregados.

Tabela 15 - Caracterização sociodemográfica através da classificação "ajustado / não ajustado" no momento 2 (n=21)

Variáveis	Não Ajustados n.º(%)	Ajustados n.º(%)
Sexo		
Masculino	3 (50)	8 (53,3)
Feminino	3 (50)	7 (46,7)
Idade (anos)		
Inferior a 65	0	8 (53,3)
65 a 74	0	3 (20)
75 a 84	4 (66,7)	1 (6,7)
Superior ou igual a 85 anos	2 (33,3)	3 (20)
Habilitações Literárias		
Não sabe ler nem escrever	1 (16,7)	0
1º ciclo do ensino básico	4 (66,7)	10 (66,7)
2º ciclo do ensino básico	0	2 (13,3)
3º ciclo do ensino básico	0	2 (13,3)
Ensino secundário	1 (16,7)	1 (6,7)
Ensino superior	0	0
Composição do Agregado Familiar		
Vive sozinho	1 (16,7)	1 (16,7)
Vive com a família	5 (83,3)	14 (93,3)
Situação Profissional		
Empregado(a)	0	4 (26,7)
Desempregado(a)	0	4 (26,7)
Reformado(a)	6 (100)	7 (46,7)

Pela análise da Tabela 16, onde podemos observar a caracterização clínica dos participantes segundo a classificação de “ajustados / não ajustados” no momento 2 da aplicação da EAMD, podemos constatar no que diz respeito à variável referente ao IMC que, relativamente aos participantes classificados como “ajustados” a maioria (46,7%) situavam-se num índice de pré-obesidade relativamente aos classificados como “não ajustados” estes distribuem-se de forma equitativa pelos seguintes índices: peso normal, pré-obesidade e Obesidade grau II com 33,3% distribuído por cada um destes.

No que se refere à presença de outras comorbilidades 100% dos participantes classificados como “não ajustados” referem possuir outro tipo de patologias para além das UCMI, sendo as mais representativas as doenças cardiovasculares (83,3%) e a hipercolesterolemia (33,3%), os classificados como “ajustados” 66,7% referem possuir outras comorbilidades, sendo que as mais representativas, são semelhantes aos anteriores com 60% e 33,3% respetivamente.

Outra das variáveis clínicas em análise são os hábitos tabágicos, em que a maioria dos participantes, tanto os classificados como “ajustados” como “não ajustados” refere ser não

fumador, com valores de 93,3% e 100% respetivamente. Relativamente ao facto de já terem sido fumadores, 27,7% dos participantes “ajustados” referem já o terem sido, bem como 16,7% dos participantes “não ajustados”.

Relativamente à presença de Diabetes *Mellitus*, no grupo de participantes classificados como “não ajustados”, apenas 33,3% destes referem ser Diabéticos e dos participantes classificados como “ajustados”, referem ser 60%.

Quanto ao Índice de Barthel, no que diz respeito aos participantes classificados como “não ajustados” a maioria (66,7%) encontra-se num índice de dependência moderado. Os participantes classificados como “ajustados” a maioria (80%) apresenta um índice de independência total.

Tabela 16 - Classificação clínica dos participantes através da classificação "ajustado / não ajustado" no momento 2 (n=21)

Variáveis	Não Ajustados n.º(%)	Ajustados n.º(%)
IMC		
Baixo Peso I 17 – 18,49	0	0
Peso Normal 18,5 – 24,99	2 (33,3)	3 (20)
Pré-Obesidade 25 – 29,99	2 (33,3)	7 (46,7)
Obesidade I 30 – 34,99	0	3 (20)
Obesidade II 35 – 39,99	0	2 (13,3)
Obesidade III superior a 39,99	2 (33,3)	0
Comorbilidades		
Sim	6 (100)	10 (66,7)
Não	0	5 (33,3)
Hábitos Tabágicos		
Sim	0	1 (6,7)
Não	6 (100)	14 (93,3)
Diabetes <i>Mellitus</i>		
Sim	2 (33,3)	6 (40)
Não	4 (66,7)	9 (60)
Índice de Barthel		
Dependência total (0-8)	0	0
Dependência grave (9-12)	1 (16,7)	0
Dependência moderada (13-19)	4 (66,7)	3 (20)
Independência total (20)	1 (16,7)	12 (80)

4.5.4. Caracterização das Úlceras dos Participantes Através da Classificação “ajustado / não ajustado” no Momento 2

Passamos a apresentar os resultados obtidos com a comparação da caracterização das úlceras dos participantes segundo a classificação de “ajustado / não ajustado” no momento 2 da aplicação da EAMD. Assim e através da análise da Tabela 17, e relativamente à variável tempo de evolução da úlcera, 53,3% dos participantes classificados como “ajustados” tem a úlcera à menos de 3 meses, sendo que 46,7% são de etiologia venosa, 40% de origem mista e 46,7% das úlceras destes participantes são recidivas. Relativamente aos participantes classificados

como “não ajustados” 50% têm a úlcera de 3 a 6 meses e 50% há mais de 12 meses, destes participantes 50% das úlceras são de origem venosa e 33,3% de origem mista. Sendo que 83,3% das úlceras destes participantes são recidivas. Quanto à presença de dor constatou-se que 80% dos participantes classificados como “ajustados” refere ter dor, sendo que 50% refere senti-la sempre, 33,3% durante e após o tratamento e 16,7% durante o dia. Relativamente aos participantes classificados como “não ajustados” 50% refere sentir dor, e destes 66,6% refere sentir sempre e 33,3% durante e após o tratamento.

No que diz respeito à área da úlcera pode constatar-se que 33,3% dos participantes classificados como “ajustados” possui úlceras com uma área inferior a 50mm², 26,7% entre 50-100mm² e 26,7% entre 100-150mm². Relativamente à profundidade dos tecidos afetados para estes participantes, 66,7% possui a derme-epiderme afetadas. Relativamente aos participantes classificados como “não ajustados” em termos de área da úlcera, 33,3% possui úlceras com áreas: entre os 50-100mm² e 200-250mm². No que diz respeito à profundidade dos tecidos afetados, 50% dos participantes “não ajustados” tem a derme-epiderme afetadas.

Relativamente à quantidade de exsudado presente, constatou-se que dos quinze participantes classificados como “ajustados” 73,3% tinham o penso húmido, 20% molhado e 6,7% possuíam penso saturado. Dos seis participantes classificados como “não ajustados”, 66,7% tinham o penso húmido, 16,7% molhado e 16,7% possuíam o penso com fuga de exsudado. No que concerne ao odor, nenhum dos participantes classificados como “ajustados” possui odor no exsudado. Dos participantes classificados como “não ajustados” 33,3% tem exsudado com odor e 66,7% possui úlceras com exsudado sem odor.

Tabela 17 - Classificação das úlceras através da classificação "ajustado / não ajustado" no momento 2 (n=21)

	Não Ajustados n.º(%)	Ajustados n.º(%)
Tempo de evolução da úlcera (meses)		
Inferior a 3	0	8 (53,3)
De 3 a 6	3 (50)	3 (20)
De 6 a 9	0	3 (20)
De 9 a 12	0	1 (6,7)
Superior a 12	3 (50)	0
Etiologia das úlceras		
Arterial	1 (16,7)	0
Venosa	3 (50)	7 (46,7)
Mista	2 (33,3)	6 (40)
Pé diabético	0	2 (13,3)
Primeira úlcera		
Sim	1 (16,7)	8 (53,3)
Não	5 (83,3)	7 (46,7)
Presença de dor		
Sim	3 (50)	12 (80)
Não	3 (50)	3 (20)
Área da úlcera (mm²)		
Inferior a 50	0	5 (33,3)
50 – 100	2 (33,3)	4 (26,7)
100 – 150	1 (16,7)	4 (26,7)
150 – 200	0	0
200 – 250	2 (33,3)	0
Superior a 250	1 (16,7)	2 (13,3)

Profundidade dos tecidos afetados		
Pele intata / cicatrizada	1 (16,7)	0
Derme-epiderme afetadas	3 (50)	10 (66,7)
Hipoderme afetadas	1 (16,7)	4 (26,7)
Músculos afetados	1 (16,7)	1 (6,7)
Quantidade de exsudado		
Húmido	4(66,7)	11(73,3)
Molhado	1(16,7)	3(20)
Saturado	0)	1(6,7)
Com fuga de exsudado	1(16,7)	0
Presença de odor		
Ausente	4 (66,7)	15 (100)
Presente	1 (16,7)	0

4.6. Resultados da Análise Comparativa do Ajustamento Mental entre o Momento 1 e o Momento 2 através da Classificação “ajustados / não ajustados” por subescala

Após a análise comparativa dos resultados obtidos no momento 1 e 2, pode-se constatar, através da análise da Tabela 18, que o impacto da intervenção, em quase todas as subescalas, excetuado a do “Espírito de Luta” onde os resultados se mantiveram inalterados nos 2 momentos, ou seja, o número de participantes classificados como “ajustados” no momento 1 (18 participantes com uma média de score de 67,61±4,62) permaneceu o mesmo após a intervenção psicoeducativa (momento 2 – 18 participantes com média score de 70,89±4,25). Nas restantes subescalas os resultados obtidos demonstram ter existido uma alteração positiva de “não ajustados” para “ajustados”, como passaremos a explicar de seguida.

No que se refere às subescalas “Preocupação Ansiosa” e “Evitamento / Negação”, constatámos que a totalidade (100%) dos participantes foram classificados no momento 2 como “ajustados”, tendo-se verificado uma mudança relevante nos participantes classificados como “desajustados” no momento 1.

Na subescala “Desespero / Desesperança”, verificou-se uma ligeira alteração no número de participantes classificados como “ajustados” no momento 1 (90,5%) com uma média de score 11,05±2,50, no momento 2 foram classificados como “ajustados” 95,2% dos participantes com uma média score de 9,15±2,78.

No que diz respeito à última subescala analisada, a “Fatalismo” verificámos que 38,1% dos participantes classificados como “ajustados” com uma média de score de 21,13±1,13, no momento 1 passaram no momento 2 após a intervenção a ser 81% com uma média de score de 20,18±2,18.

Tabela 18 - Resultados da análise comparativa do ajustamento mental entre o momento 1 (n=21) e o momento 2 (n=21) através da classificação de "ajustados / não ajustados" por subescalas

Subescalas		Momento 1		Momento 2	
		n.º(%)	M±DP	n.º(%)	M±DP
Espírito de Luta	Ajustados	18 (85,7)	67,61±4,62	18 (85,7)	70,89±4,25
	Não ajustados	3 (14,3)	53,33±1,53	3 (14,3)	52±2
Desespero / Desesperança	Ajustados	19 (90,5)	11,05±2,50	20 (95,2)	9,15±2,78
	Não ajustados	2 (9,5)	17,50±0,71	1 (4,8)	16±0,13
Preocupação Ansiosa	Ajustados	11 (52,4)	21,01±1,22	21 (100)	22,05±1,32
	Não ajustados	10 (47,6)	27±2,62	0	n.a. ⁸
Fatalismo	Ajustados	8 (38,1)	21,13±1,13	17 (81)	20,18±2,38
	Não ajustados	13 (61,9)	26,69±1,84	4 (19)	25±0,82
Evitamento / Negação	Ajustados	16 (76,2)	1,69±0,48	21 (100)	1,52±0,51
	Não ajustados	5 (23,8)	3±0,23	0	n.a.

Tendo em conta a nossa classificação de “ajustado” (em todas as subescalas) e “não ajustado” (bastando a classificação de “não ajustado” numa escala), observou-se, no momento 1, um total de 17 “não ajustados” e 4 “ajustados” (porque classificados em todas as subescalas como ajustados). No momento 2, verificou-se a existência de 15 participantes classificados como “ajustados” (dos quais fazem parte, os 4 do primeiro momento) e 6, “não ajustados”.

⁸ n.a. – Não aplicável

5. DISCUSSÃO

Nesta fase do trabalho, torna-se pertinente sistematizar todo o processo de interpretação e reflexão acerca de toda a informação recolhida, alvo da análise anteriormente apresentada. É igualmente importante a discussão desses mesmos resultados à luz de todo o manancial teórico consultado e apresentado no início da investigação, tendo, também, como referência a nossa percepção sobre a problemática em estudo e os objetivos delineados para esta investigação.

Tendo em conta os dados obtidos no momento 1, e perante a necessidade de proceder à caracterização sociodemográfica das pessoas com UCMI, constatamos que, a maioria dos participantes são idosos, com uma média de idades de 72,24 anos, sendo que o participante mais novo tem 50 anos e os mais velhos têm 90 anos. Relativamente ao sexo, verifica-se que existe um ligeiro predomínio do sexo masculino em detrimento do sexo feminino, mais concretamente 52,4% e 47,6% respetivamente. No que diz respeito ao sexo, os achados foram semelhantes ao estudo de Pina et al. (2004) em que a prevalência era semelhante no sexo masculino (1,3/1000) e feminino (1,46/1000). Outros estudos apresentam dados semelhantes, nomeadamente o estudo de Afonso et al. (2013), cuja média de idades é de 69 anos, com uma ligeira predominância do sexo masculino (56%). No estudo de Garcia et al. (2007) onde existe um predomínio (40%) de úlceras em indivíduos na faixa etária dos 60 a 80 anos, com uma média de idades de 64 anos, mas no que diz respeito ao sexo, os dados deste estudo são contrárias dos nossos, pois a sua amostra era maioritariamente constituída por mulheres (56%). Este facto leva-nos a constatar que não existe uma tendência constante quanto ao género, sendo a UCMI uma lesão que pode estar presente indiferentemente tanto em homens como em mulheres. A mesma tendência parece existir no estudo de Rayner et al. (2009) em que a prevalência da úlcera de perna é de 0,6-3% nas pessoas com idade superior a 60 anos e aumenta para valores superiores a 5% nos indivíduos com idade superior a 80 anos.

Relativamente às habilitações literárias, no nosso estudo, 66,7% dos participantes possuem o Primeiro Ciclo do Ensino Básico, sendo estes resultados idênticos aos obtidos no estudo de Benevides, Coutinho, Santos, Oliveira e Vasconcelo (2012) que constatou que as úlceras crónicas nos membros inferiores são habituais em idosos com baixa escolaridade, sendo que destes 73,6% nunca estudaram ou detêm menos de cinco anos frequência escolar. Também no estudo de Sant'ana et al. (2012) 85,7% dos participantes apresentam baixa escolaridade. Os nossos resultados são ainda similares ao estudo de Heinen, Persoon, van de Kerkhof, Otero e van Achterberg (2007) onde 63% dos participantes demonstravam possuir baixo nível de instrução.

No que se refere à situação profissional e à composição do agregado familiar, com o nosso estudo, verificamos que 62% dos participantes referiam encontrar-se reformados e 90,5% coabitavam com a família, tendência anteriormente constatada no estudo de Benevides et al. (2012) onde 60,4% dos 53 participantes se encontravam reformados e 86,8 % destes residiam

com a família. Na mesma linha de resultados encontra-se o estudo de Favas (2012) onde 75,3% dos participantes no estudo vivem com a família e 82,4% encontram-se na situação profissional de reformados. Pelo contrário o estudo desenvolvido por Wissing, Ek e Unosson (2002) demonstra que 64,28% dos participantes referem viver sozinhos e 35,71% vivem com a família. A mesma tendência parece existir no estudo de Moffatt, Franks, Doherty, Smithdale e Martin (2006) pois mais de metade (53%) dos participantes em estudo referiam viver sozinhos e apenas 43% afirmavam coabitar com um familiar ou companheiro(a). Estes achados levam-nos a constatar que não existe uma tendência constante quanto à coabitação, e que a UCMI é uma lesão que pode surgir indiferentemente tanto em pessoas que vivem sozinhas como as que coabitam com os outros.

Após a caracterização sociodemográfica dos participantes, realizámos a caracterização sob o ponto de vista clínico, pois de acordo com Paggiaro, Neto e Ferreira (2010) o tratamento das úlceras crônicas é considerado um desafio para os especialistas, já que envolve uma miríade de fatores tais como os locais e os sistêmicos; estes influenciam o processo de cicatrização, sendo que o controle correto dos fatores sistêmicos favorece a cicatrização e diminui as complicações; logo cada um destes fatores deve ser avaliado. Na mesma linha de pensamento, Trott (2009) refere que uma das causas que também pode influir para um atraso da cicatrização é um tratamento não adaptado à doença de base, podendo isso mesmo provocar danos no utente. Assim, no que se refere aos antecedentes clínicos e comorbilidades, constata-se que 76,2% dos participantes possuem uma ou mais patologias associadas, existindo o predomínio da doença cardiovascular não especificada (66,7%) (classificado segundo o “The Web’s Free 2018 ICD-10-CM/PCS Medical Coding Reference,” 2018). Esta mesma tendência foi encontrada no estudo de Garcia et al. (2007), que evidencia que 62% dos indivíduos apresentaram a doença cardíaca como a comorbilidade predominante. No estudo de Jockenhöfer et al. (2016), 70% dos participantes apresentam como comorbilidade predominante a doença cardiovascular.

Para além das doenças cardiovasculares, outros dos fatores de risco para o desenvolvimento de uma UCMI é a diabetes, os hábitos tabágicos e a obesidade. Para Rahman, Adigun e Fadeyi (2010), a incidência da úlcera de perna está, por um lado, relacionada com o aumento da esperança média de vida, mas por outro encontra-se associada ao aumento dos fatores de risco para a oclusão aterosclerótica: tabagismo, obesidade e a Diabetes *Mellitus*. Nesta linha de pensamento verificamos que, em relação aos achados provenientes do nosso estudo, relativos a estes três fatores, 42,9% dos participantes situam-se num índice de IMC de pré-obesidade (25-29,9); 38,1 % referem ser diabéticos e, relativamente aos hábitos tabágicos, estes não demonstram ser representativos na nossa amostra (4,8%). Os nossos resultados são similares aos do estudo de Afonso et al. (2013) que, em relação à obesidade, aponta para uma frequência de 46% e em relação à diabetes, 28%, valor este ligeiramente inferior ao do nosso estudo. No estudo de Passadouro et al. (2016), 29 % dos participantes referem ser diabéticos, 21% são obesos e 11%, fumadores, valores ligeiramente inferiores aos nossos achados, com exceção da percentagem de fumadores.

A presença de úlceras crônicas causam limitações relacionados com a mobilidade e a capacidade funcional, interferindo dessa forma na realização das Atividades da Vida Diária e aumentando também a dependência física das pessoas com este tipo de lesão (Lino, 2013; Salomé & Ferreira, 2013). Assim, relativamente à avaliação da capacidade funcional dos participantes para a realização das Atividades de Vida Diária, avaliadas através do índice de Barthel, no nosso estudo 61,9% apresentam um índice de independência total, um resultado semelhante ao apurado pelo estudo de Henriques (2015) onde 68,8% dos participantes integram a categoria de independente.

No que se refere à caracterização das úlceras dos participantes no nosso estudo, verifica-se que relativamente à etiologia da úlcera estas são maioritariamente (47,6%) de origem venosa; e que 66,7% destas apresentam uma duração inferior a 6 meses (38,1% - <3 meses + 28,6% - 3-6 meses); em termos de localização, 38,1% situam-se no 1/3 anterior e/ou médio da perna e, para 57,1% dos participantes, trata-se de recidivas. No estudo desenvolvido por (Afonso et al., 2013) em relação à etiologia, 56% das UCMI são venosas e, destas, 26% têm etiologia mista; 18% apresentam etiologia arterial, 30% têm uma duração inferior a 3 meses (o que não vai de encontro aos nossos achados) e, em termos de recidivas, 42% já tinham tido episódio prévio de úlcera. Para Baranoski e Ayelo (2006), a úlcera de etiologia venosa localiza-se, geralmente, no terço distal da face medial da perna, próxima ao maléolo medial. Corresponde a entre 70% e 90% das úlceras de perna, tendo uma elevada taxa de recidiva, chegando a 30%, inicialmente, e a 78% após dois anos. No estudo efetuado por (Ebbeskog & Ekman, 2001) as úlceras venosas representavam 51,3% de todas as úlceras crônicas; as úlceras mistas, 12,9% e as ulcerações arteriais atingem 11,0% dos utentes. Situam-se predominantemente na extremidade inferior das áreas pré-tibial e mediana da perna, pois é onde se localizam as veias perfurantes (Van Hecke et al., 2009). A literatura refere que as úlceras de perna são interpretadas como: *a forever healing experience*, em que 45% dos portadores têm recidivas, sendo que em 35% dos casos têm quatro ou mais episódios de recidiva (Price et al., 2007).

A dor é a grande responsável pela diminuição da qualidade de vida dos seus portadores e, por conseguinte, causadora de um impacto a nível emocional pois pode originar depressão e sensação de cansaço constante (Price et al., 2007). Assim sendo, tornou-se essencial proceder à caracterização da dor dos utentes com UCMI no nosso estudo, verificando-se que 71,4% destes referem sentir dor, dos quais 53,3% referem senti-la sempre, seguindo-se os que referem sentir dor durante e após o tratamento (33,3%). Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Favas (2012) em que 81,8% das pessoas apresentam dor, sendo o valor percentual mais elevado apresentado na opção durante o tratamento com 31,8%. Em Portugal, no estudo realizado por Passadouro et al. (2016) quando questionados sobre a presença de dor, 48,2% dos doentes admitiram a sua presença e 30% classificaram-na como ligeira, 49%, como moderada, 19% intensa e apenas 2% como máxima. Essa dor era constante em 8,3%, intermitente em 50% e ocasional em 41,7%. No estudo de Soydan, Yilmaz e Baydur (2017), 41,7% dos participantes referem a dor como um das queixas mais significativas. Os valores referentes a estes dois últimos

estudos são inferiores aos valores encontrados no nosso estudo. Por todos estes motivos, e de acordo com Jones et al. (2006), a dor física associada às úlceras deve ser valorizada, sendo um aspeto extremamente considerado pelos seus portadores embora, por vezes, negligenciado tanto pelos cuidadores formais como pelos informais.

Para Morison et al. (2010) e Palfreyman et al. (2010), um dos tratamentos que tem sido apontado como a pedra angular para o tratamento da úlcera venosa é a terapia compressiva, evidenciando o facto da compressão contínua melhorar a cicatrização e a qualidade de vida dos indivíduos. No nosso estudo, em 61,9% dos participantes foi utilizada esta técnica como tratamento coadjuvante. Estes resultados são relativamente superiores aos dos estudos de (Aguiar, Pinto, Figueiredo, & Savino, 2005), pois no primeiro, esta técnica foi aplicada a 4,8% dos participantes e no segundo foi aplicada a 19,6% destes.

Relativamente à presença de pulsos pediosos, verificamos que nos nossos resultados a esmagadora maioria (85,7%) possui pulsos a nível do pé, sendo que 47,6% foram classificados pelo respetivo enfermeiro de família como fortes e 47,6% classificados como fracos. Pensamos que isto se deverá ao facto de a maioria das úlceras (95,2%) ser de etiologia venosa ou mista. No estudo de Aguiar, Pinto, Figueiredo e Savino (2005), a totalidade dos participantes apresentava pulsos pediosos.

No que diz respeito à área da úlcera, considera-se que a medição da úlcera é uma mais valia, uma vez que permite ao profissional de saúde avaliar a evolução cicatricial da mesma (Aguiar, Pinto, Figueiredo, & Savino, 2005). Assim, no nosso estudo, constata-se que a média da área das úlceras dos participantes é de 141,05mm², com uma área mínima 15 mm² e uma área máxima de 510 mm². No estudo de Jesus (2014), a área da úlcera principal apresenta um mínimo de 0,02 cm² e máximo de 600,0 cm² e uma média de 39,23 cm². Tennvall e Hjelmgren (2005) consideram as úlceras como grandes a partir dos 10 cm² e pequenas quando inferiores a 10 cm², destacando-se o facto de que quanto maiores as úlceras, maiores os custos adicionais físicos, económicos e estéticos para os indivíduos com úlcera de perna. Assim, observa-se que a média da área das úlceras, neste estudo, enquadra-se na categoria pequena.

Outras das características das úlceras avaliadas no nosso estudo referem-se aos bordos, ao tipo de tecido presente no leito da úlcera, profundidade dos tecidos afetados e presença de sinais de infeção. Assim, 61,9% dos nossos participantes, possuem úlceras cujo tecido é predominante e o de granulação, com bordos delimitados na sua maioria (76,2%), com derme-epiderme afetadas (66,7%) e, na sua maioria, não possuem sinais de infeção (85,7%). Estes valores podem ser explicados pelo facto de a maioria das úlceras, em relação à sua etiologia, ser de origem venosa ou mista. Para (Hamer et al., 1994), as úlceras de etiologia venosa apresentam menor taxa de infeção em comparação com as outras úlceras crónicas; relativamente às suas características, estas geralmente, são superficiais e a sua forma é bem definida.

Relativamente às características da drenagem das úlceras, podemos constatar que, na sua maioria, o penso encontrava-se húmido (71,4%), com um exsudado pouco espesso/fluido

(71,4%) de cor clara/âmbar (52,4%) e sem odor (90,5%). Talvez possamos explicar estes dados, como anteriormente, por se tratar de úlceras com etiologia maioritariamente venosas e mistas e, também, por a maioria não apresentar sinais de infeção e de se realizar terapia compressiva em 61,9% dos tratamentos; e ainda pelo facto de a dor da úlcera venosa estar frequentemente associada ao edema, a infeções locais ou à celulite, diminuindo, geralmente, através da compressão e elevação do membro inferior (Canesqui, 2007). O impacto do exsudado e do odor emanado de uma úlcera de perna pode ser emocional e psicologicamente devastador (Canesqui, 2007), tornando-se, assim, premente que os indivíduos mobilizem recursos e estratégias para diminuir os efeitos desse impacto; essa mobilização é entendida como ajustamento do sujeito à sua condição (Canesqui, 2007)

Para Watson et al. (1988) e Greer et al. (1989), o ajustamento mental pode ser definido como uma resposta cognitiva e comportamental dada pelo indivíduo perante um diagnóstico de doença crónica, ou seja, significa a forma como os indivíduos percebem as repercussões e as reações da doença crónica, como pensam e agem com o intuito de reduzir a ameaça transmitida pela mesma. (Fonseca et al., 2012; Silveira & Ribeiro, 2004) referem que o ajustamento mental a uma determinada doença também tem sido classificado como uma boa qualidade de vida, bem-estar “subjetivo”, vitalidade, afeto positivo, satisfação com a vida e autoestima global. Os mesmos autores referem, ainda, que o ajustamento mental é uma resposta a uma mudança no ambiente, permitindo que ocorra uma adaptação a essa mesma alteração. (Costa et al., 2011) acrescentam que são determinantes, no ajustamento, os processos de motivação, emoção, cognição, e os processos de transação com o meio. Tendo em conta as implicações das úlceras crónicas já mencionadas e a cronicidade destas lesões, importa que, tanto a pessoa com UCMI como a sua família/pessoas significativas sejam envolvidas no processo de tratamento, conhecendo o processo de saúde/doença e, assim, possam desenvolver mecanismos/recursos para a adaptação a esta nova condição, por forma a prevenir complicações e/ou agravamento da situação (Edward & Richard, 2000). Para isso, torna-se imperiosa a obtenção de novas habilidades, incluindo revisão de valores, aquisição de novos conhecimentos, tanto científicos como práticos, relativos à úlcera, adaptação ao tratamento, além do encarar da sociedade (Edward & Richard, 2000). Pelo exposto, e com o intuito de dar respostas a um dos objetivos traçados para esta investigação “Compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de família, no utente com UMCI nas duas unidades em estudo”, a investigadora elaborou o “Manual de Intervenção do Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores” tendo como princípio a educação para a saúde e a promoção do ajustamento mental, procurando ir ao encontro das três necessidades psicológicas básicas que o ser humano possui, a autonomia, a competência e o relacionamento, para, desta forma, ir criando condições de bem-estar (Edward & Richard, 2000). Assim, os princípios subjacentes à elaboração do referido manual foram a EAMD, tendo em consideração os temas abordados.

Tendo em conta a definição de (Costa et al., 2011) de ajustamento mental à doença, que segundo os mesmos, implica o caminho conducente à adaptação do indivíduo à mudança, será,

e de acordo com (Bistoreanu & Teodorescu, 2009), premente desenvolver mecanismos/recursos facilitadores dessa própria adaptação. Torna-se fulcral a obtenção de novas habilidades, incluindo revisão de valores, aquisição de novos conhecimentos tanto científicos como práticos relativos à úlcera, adaptação ao tratamento, além do encarar da sociedade (Oermann et al., 2001), destacando-se a importância da educação dos indivíduos, do apoio psicológico e físico, que têm um impacto efetivo na qualidade de vida da qual depende a complexa e adequada adesão ao tratamento, com o intuito de reduzir o tempo de cicatrização e prevenir recidivas (Oermann et al., 2001). Como referem (Oermann et al., 2001) os indivíduos informados têm maior probabilidade de cooperar com os regimes de tratamento demonstrando uma melhor gestão dos seus problemas. Ousamos, por isto, estabelecer alguns paralelismos entre os resultados do nosso estudo e outros estudos na área da qualidade de vida e adesão ao regime terapêutico.

Assim, relativamente à análise da EAMD, por subescala, no momento 1, e tendo em conta a definição da subescala “Desespero/Desesperança”, os resultados do nosso estudo permitem-nos supor, que a maioria dos participantes, não possui “um conjunto de respostas passivas face à doença”, isto é, respostas manifestadas essencialmente por uma “visão negativista das competências, assim como a descrença de controlo”, tendo em conta, que a maioria (90,5%) destes se encontra ajustado na subescala “Desespero/desesperança”. Além disso, é possível, ainda, verificar, no momento 1, que 85,7% dos participantes se encontram ajustados na subescala “Espírito de Luta”, no que respeita ao “conjunto de respostas de *coping*, que facilitam uma visão otimista do futuro e crença na possibilidade de algum controlo sobre a doença”. Dada a dificuldade em encontrar estudos que apliquem a EAMD a participantes com UCMI, arriscamos associar os resultados acima apresentados com os achados obtidos por Vermeiden et al. (2009), relativamente à compreensão das estratégias de *coping* utilizadas pelos portadores de úlceras crónicas ou complexas. Desse estudo, resultou que, relativamente aos portadores de úlcera de perna, estes provavelmente não apresentarão uma abordagem ativa (interpretação de forma calma de uma situação de todos os pontos de vista; trabalhando em direção a uma solução com confiança e propósito) quando perante uma situação de *stress*; com a adoção de estratégias de *coping*; no entanto, desenvolverão pensamentos reconfortantes (tranquilizar-se com pensamentos reconfortantes; outras dificuldades anteriores; coisas piores poderiam acontecer; sentindo-se corajosos) perante a situação. De ter em conta, também, que as crenças, num prognóstico, podem facilitar ou dificultar a resposta às exigências da situação, dependendo do que o indivíduo/família espera para o futuro (se são otimistas ou pessimistas), sendo que as expectativas de cura se configuram como uma esperança (Wright et al., 1996).

A presença de odor, exsudato, dor, mobilidade reduzida, falta de sono e aumento da frequência de troca de pensos, são fatores que, muitas vezes, interrelacionados, concorrem para a produção de um efeito negativo na qualidade de vida dos portadores de úlceras (Yamada & Santos, 2005). Acrescenta-se, ao exposto, o facto de muitas destas úlceras demorarem muito tempo a cicatrizar, todas essas complicações podendo levar à perda de independência, alterações de humor, comprometimento da autoestima e da autoimagem, isolamento social e familiar, ocasionando,

por vezes, ansiedade e depressão (Yamada & Santos, 2005). Todos estes fatores - indutores de *stress*, que causarão, no indivíduo, uma necessidade de adaptação - tidos em conta para o nosso estudo, facilitaram o cruzamento de dados relativos à classificação das úlceras com a nomenclatura de “ajustado”/“não ajustado” no momento 1 da aplicação da EAMD.

De acordo com Price et al. (2007) e Taverner (2014), a dor nas úlceras crónicas pode originar depressão e sensação de cansaço constante, sendo que a vivência da dor associada à UCMI é considerada como uma perda da qualidade de vida e aumento da dependência e que a dor quando não resolvida pode ter impacto negativo na adesão, cicatrização e ajustamento, dependendo, este, segundo Price et al. (2007), da forma como o indivíduo percebe a sua condição, as experiências e as crenças que tem da dor e as suas estratégias de *coping*. No estudo realizado por Henriques (2015), a dor foi, também, muito referenciada pelos participantes, sendo caracterizada como incomodativa, ou mesmo insuportável, e causadora de outras repercussões tanto nas suas vivências como nas alterações dos seus hábitos de vida. Assim, podemos ousar inferir que o mesmo se verificou no nosso estudo, pois 64,7% dos participantes classificados como “não ajustados” referem sentir dor e destes, 63,3 % referem senti-la sempre.

Para Sousa (2009), o exsudado intenso e o odor associados às úlceras adotam tanto uma importância como uma influência extremas na vida dos seus portadores, acarretando implicações várias que vão desde o domínio psicológico dos indivíduos, à interferência no modo como a pessoa se vê e avalia a si própria, até à forma como influencia o seu relacionamento com os outros, podendo condicionar o normal desempenho de papéis sociais desse indivíduo. Tendo tudo isto em conta, consideramos poder explicar os resultados obtidos no nosso estudo, relativamente aos exsudados, pois dos 17 participantes classificados como “não ajustados”, 64,7% tinham o penso húmido, 23,5% molhado e 5,9% possuíam pensos saturados e com fuga de exsudado. Por fim, no que diz respeito à presença de odor, nenhum dos participantes classificados como “ajustados” possuía odor no exsudado. Dos participantes classificados como “não ajustados”, 11,8% têm odor. Queremos aqui ressaltar que, no que diz respeito a estas questões, estas foram respondidas pelos enfermeiros de família e não pelos participantes, logo o entendimento relativo a estas questões poderia ter sido diferente para estes; no entanto, e tendo em conta a metodologia seguida para o nosso estudo, ficou desde o início aferido que, relativamente a esta segunda parte do formulário (à exceção do ponto 2 – recidiva da úlcera e ponto 4 - presença de dor), esta seria respondida pelo enfermeiro de família por os participantes não terem conhecimentos técnicos suficientes, para na globalidade responderem a esta parte do formulário.

Os participantes no estudo realizado por Finlayson et al. (2010), referem preocupação em relação ao futuro e à incerteza de cicatrização. Esses receios devem-se à incerteza do processo de cicatrização, sendo, ainda, associados a sentimentos de esperança ou desesperança em relação à evolução da úlcera crónica. Relativamente às recidivas, esta também é uma fonte de preocupação para os participantes, pois já não é a primeira vez que estes são acometidos pela situação e o receio de recidivas da úlcera está presente. Segundo (Hopia et al., 2004), as

preocupações associadas à presença de úlcera crónica estão relacionadas com a sua evolução e com a hipótese de não ter cura, de agravar-se ou de se tornar uma situação recorrente. Pelo exposto, consideramos poder arriscar explicar os resultados obtidos no nosso estudo, à luz destes achados, pois apesar de 65,7% dos nossos participantes classificados como “não ajustados” possuírem a úlcera há menos de 6 meses, o que poderá ser considerado relativamente pouco tempo, destes, 58,8% possuem úlceras recidivadas, sendo que o principal motivo das recidivas é a não adesão dos indivíduos às medidas preventivas; muitas vezes desconhecimento ou falta de orientação por parte dos profissionais de saúde (Fonseca et al., 2012).

Os enfermeiros desempenham um papel primordial no envolvimento do utente / família na tomadas de decisões relacionadas com tratamento ou na discussão / expressão de sentimentos associados à condição crónica (Van Hecke et al., 2008). Possuem, também, um papel essencial na promoção de mecanismos de adaptação para lidar com situações de crise, induzidas pela condição de cronicidade, com particular destaque para a autoeficácia e a motivação, que permitem enfrentar a situação mais como um desafio, do que como uma ameaça (Van Hecke et al., 2008), estabelecendo pontes para uma adaptação positiva (Whitehead, 2004). Por meio da ação educativa, este profissional deverá valorizar a diversidade de papéis na procura da integridade da pessoa, de forma a garantir a sua adesão ao tratamento, enfatizando a sua participação no processo (Dealey, 2006). Foi neste sentido, que foi também, criado o “Manual de Intervenção do Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores”, que serviu de suporte à ação encetada com todos os participantes no momento 1. Parece-nos existir uma alteração positiva na classificação de “não ajustados” para “ajustados” em todas as subescalas da EAMD, excetuando no que se refere à subescala “Espírito de Luta”, em que o número de participantes classificados como “ajustados” no momento 1 permaneceu o mesmo no momento 2, o que nos pode levar a deduzir que quiçá não fomos de encontro às necessidades de ajustamento dos restantes participantes naquela subescala em concreto, ainda que o número de participantes classificados com “ajustados” nesta subescala (18) tenha sido o mais elevado de todas as subescalas. A nossa intervenção procurou ir de encontro ao entendimento de educação em saúde considerada uma atividade que procura informar o indivíduo sobre a natureza e as causas da saúde / doença, e o nível de risco associado ao seu comportamento relacionado ao estilo de vida; a educação em saúde tenta motivar o indivíduo a aceitar o processo de mudança de comportamento, através da influencia direta nos seu valores, nas suas crenças e sistema de atitudes (Dealey, 2006). Independentemente da etiologia das úlceras, é importante fazer uma abordagem holística do portador, tendo não só em conta os cuidados físicos mas, também, os cuidados psicológicos e espirituais, uma vez que estes estão, inextricavelmente, interligados (Dealey, 2006).

Tendo em conta as diferentes subescalas, considerou-se “não ajustado” todo o participante que, em pelo menos uma das subescalas, foi classificado como “não ajustado”. Assim, observou-se, no momento 1, um total de 17 “não ajustados” e 4 “ajustados” (porque classificados em todas as

subescalas como ajustados). No momento 2, verificou-se a existência de 15 participantes classificados como “ajustados” (dos quais fazem parte, os 4 do primeiro momento) e 6, “não ajustados”. Esses dados permitem-nos deduzir que a nossa intervenção poderá ter sido positiva e direcionada ao não ajustamento verificado na(s) subescala(s) no momento 1.

Relativamente à subescala “Desespero/Desesperança”, cujo objetivo fomentar o papel do indivíduo no processo de cicatrização (emoções, adesão ao tratamento); incentivar a expressão das emoções e o envolvimento de pessoas significativas/enfermeiro de família na gestão das dificuldades, esta intervenção permitiu que um participante classificado, inicialmente, como “não ajustado”, nesta subescala, fosse classificado como “ajustado” após a intervenção. No entanto, consideramos que a intervenção, neste domínio, talvez pelos poucos contatos estabelecidos com o indivíduo, não teve muito impacto; isso, por não ter sido possível criar uma relação enfermeiro/utente com base numa intervenção de carácter mais relacional dirigida ao corpo-sujeito, permitindo, desta forma, que fossem criados laços de confiança essenciais na relação terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2001). De facto, a relação terapêutica é uma parceria entre enfermeiro e indivíduo estabelecida no respeito das suas capacidades e valorização do seu papel, desenvolvida e fortificada ao longo de um procedimento ativo cujo objetivo é ajudar o indivíduo, inculcando-lhe a responsabilidade da sua proatividade para conseguir o projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Essa parceria envolve também, para além do indivíduo, a sua família e pessoas significativas. (Nakamura & Orth, 2005)

No que concerne à subescala “Preocupação Ansiosa” podemos verificar que os dez participantes classificados como “não ajustados”, no momento 1, passaram a “ajustados” no momento 2, ou seja, todos os participantes neste estudo encontraram-se, após a intervenção, “ajustados” para esta dimensão. No que se refere à subescala “Evitamento/Negação”, os cinco participantes classificados como “não ajustados” no momento 1, passaram a “ajustados” no momento 2, tornando-se, assim, todos os intervenientes “ajustados”, à semelhança do que aconteceu na subescala anteriormente mencionada. Desta forma, atrevemo-nos a supor que a nossa intervenção poderá ter tido maior impacto nestas duas subescalas e que os fatores que caracterizavam os nossos participantes, nestas duas subescalas, como “não ajustados” foram corrigidos pela intervenção do enfermeiro, nomeadamente ao nível do ensino de técnicas para diminuir a ansiedade (“Procure partilhar os seus medos, preocupações e dificuldades com quem lhe é mais importante...”; “Fale com o seu enfermeiro sobre o que o está a deixar ansioso”, Manual de Intervenção) e da desmistificação das crenças erróneas (“Ter úlcera crónica do membro inferior não é sinónimo de perder a sua perna ou que vá morrer”). Relativamente à subescala “Evitamento/Negação” parece-nos ter sido importante levar o participante a ponderar os benefícios de aderir ao tratamento em detrimento das consequências de não aderir ao mesmo, explicando-lhe as dificuldades dessa adesão e as suas vantagens e reforçando a importância do papel da equipa multiprofissional da USF e do ACeS no apoio ao portador de UCMI.

Por último, no que diz respeito à subescala “Fatalismo”, dos treze participantes classificados como “não ajustados” no momento 1, nove passaram a “ajustados” no momento 2, perfazendo

um total de dezassete participantes classificados como “ajustados”, nesse momento. Parece-nos que, também, para esta subescala, a nossa intervenção terá sido profícua ao encorajar o participante a falar com o seu enfermeiro de família, ao dar a conhecer a importância da sua colaboração na cicatrização da úlcera, mas sobretudo ao dar-lhe a conhecer a possibilidade de recidiva das úlceras e a forma como pode preveni-la ou adiá-la (através do uso de meias de compressão, de uma alimentação saudável, de exercício físico adequado,...) e ao vincar a importância do não isolamento (“Existem outras pessoas com um problema igual ao seu a fazer tratamento na USF”). De acordo com (Nakamura & Orth, 2005), os indivíduos caracterizados pela aceitação passiva desistiram de muitas atividades e funções e permitiram que a doença assumisse o controle central de suas vidas. Esses indivíduos basicamente organizavam as suas vidas em torno da doença e do tratamento, eram fortemente influenciados por ela nas suas autopercepções e identidades. Ora, parece-nos possível concluir que relativamente a estes participantes se verifica, após a nossa intervenção, uma aceitação, uma adaptação a esta condição que os ajuda a manter o bem-estar psicológico e a capacidade de agir, enfrentado a realidade mesmo que ela não se encaixe nas suas expectativas ou desejos (Nakamura & Orth, 2005)

Parece-nos que a nossa intervenção poderá ter sido mais proficiente no que diz respeito às subescalas “Preocupação Ansiosa”, “Evitamento/Negação” e “Fatalismo”, uma vez que se registou um número mais elevado de participantes a transitar da classificação de “não ajustados” a “ajustados”. Relativamente às restantes subescalas registou-se uma menor evolução uma vez que o número de “ajustados” no momento 1 já era elevado, como referido anteriormente.

Pensamos, assim, ter conseguido implementar, com a nossa intervenção, o que a Ordem dos Enfermeiros (2011a) , preconiza relativamente à enfermagem de família pois os enfermeiros de família devem reconhecer o sistema familiar como promotor da saúde dos seus membros. Desta forma promovendo o *empowerment* da família, em que esta é envolvida na procura de soluções para os seus problemas, no planeamento e na execução das intervenções, desempenhando assim, um papel ativo preponderante, capaz de conduzir ao bem-estar de todo o sistema familiar, ao desenvolver estratégias de *coping* para a tomada de decisão autónoma da família, ao longo do ciclo da vida familiar

Perante os nossos resultados e a discussão dos mesmos, parece-nos que o efeito obtido com esta intervenção foi positivo revelando-se talvez indicativo de uma evolução na área das UCMI, tendo sido possível, ainda, obter dados muito particulares, os quais constituíram, a nosso ver, uma oportunidade profícua de reflexão. Contudo, não nos foi possível esclarecer e correlacionar todos os dados obtidos por não termos conseguido encontrar nenhum estudo realizado na área do ajustamento mental nas UCMI, contudo serviu de apoio ao nosso estudo o de Alves (2017), no âmbito da Hipertensão Arterial. Verificamos que, à semelhança desta autora, também obtivemos resultados positivos na maioria das nossas subescalas, pelo que, tal como ela, reconhecemos que a intervenção do enfermeiro de família foi preponderante para os resultados obtidos.

6. CONCLUSÕES DO ESTUDO

Através da análise final aos resultados obtidos com este estudo, e tendo em conta tanto as questões de investigação, como os objetivos gerais e específicos inicialmente traçados, é possível tecer algumas considerações que surgiram dessa análise e da discussão dos resultados.

Assim, tornou-se possível, ao longo deste período, avaliar o ajustamento mental dos utentes com UCMI nos dois momentos de avaliação, através da aplicação da EAMD e aplicação do “Manual de Intervenção do Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores” entre esses dois momentos, elaborado pela aluna investigadora; tal possibilitou compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de família nos utentes com UCMI. As considerações que advieram da análise e discussão dos resultados permitiram, ainda, caraterizar sociodemográfica e clinicamente os participantes na investigação, bem como caraterizar as suas úlceras.

Dando ênfase às principais conclusões do estudo, podemos referir que do ponto de vista sociodemográfico, obtivemos uma amostra de participantes com idade média de 72,24 anos; ligeira predominância do sexo masculino; com baixo nível de escolaridade, que coabitavam tendencialmente com a família (marido/esposa) e a maioria dos participantes encontrava-se já reformada.

Do ponto de vista clínico, verificou-se que 42,9% dos participantes são pré-obesos; que a minoria refere ser diabética; os hábitos tabágicos não demonstram ser representativos na nossa amostra; existe um predomínio de doença cardiovascular não especificada e a maioria era independente para a realização das Atividades de Vida Diárias (avaliado através do Índice de Barthel).

As principais conclusões que advêm da caracterização das úlceras dos participantes, demonstram que são maioritariamente de origem venosa; apresentam predominantemente uma duração inferior a 6 meses; com um predomínio de localização no 1/3 anterior e/ou médio da perna; tratando-se, na sua globalidade, de recidivas e a maioria dos participantes encontra-se a realizar terapia compressiva. Relativamente à dor, como sendo causadora de um grande impacto a nível emocional, com o nosso estudo verificámos que o maior número refere sentir dor e refere senti-la continuamente. Constatou-se, também, que a média da área das úlceras dos participantes é de 141,05 mm²; com o tecido, predominante no leito da úlcera, de granulação; úlcera com bordos delimitados; a maioria das úlceras não apresentava odor nem sinais de infeção.

Como pontos mais relevantes da ação, apontamos o Manual de Intervenção de Enfermagem, anteriormente referido, pois, a nosso ver, este constitui, uma forma de implementar uma intervenção de enfermagem, focalizada e concertada na(s) subescala(s) do ajustamento mental classificada(s) como “não ajustadas” no momento 1 da aplicação da EAMD, e dessa forma, após a aplicação da referida escala no momento 2, conseguir avaliar os efeitos da intervenção

psicoeducativa no ajustamento mental dos utentes. Os resultados obtidos permitem-nos tecer, como principal conclusão, que a intervenção realizada no sentido do ajustamento mental revelou-se mais eficiente no que diz respeito às subescalas “Preocupação Ansiosa”, “Evitamento/Negação” e “Fatalismo”, uma vez que se registou um número mais elevado de participantes a transitar da classificação de “não ajustados” a “ajustados”; relativamente às restantes subescalas registou-se uma menor evolução, a nosso ver, por já existir um número elevado de “ajustados” no momento 1. Consideramos que o nosso estudo se revelou pertinente para elucidar a relevância das orientações fornecidas, por nós, durante o processo terapêutico, o que poderá sugerir que a educação em saúde pode influenciar positivamente alterações de comportamento.

Como principal limitação na execução deste estudo, salientamos a limitação temporal no seu desenvolvimento, o que se refletiu, sobretudo, no facto de não ter sido possível implementar um segundo ciclo de investigação-ação. Desta forma, consideramos que seria importante continuar a investigação por implementação de mais ciclos de investigação-ação. O facto de a nossa amostra ter sido reduzida constitui outra limitação do nosso estudo, pois não nos permite inferir conclusões de uma forma mais generalizada, pelo que seria importante replicar este estudo a um maior número de indivíduos.

Outra limitação prendeu-se com a carência de estudos relativamente ao ajustamento mental do portador de UCMI e respetiva família, pelo que o trabalho realizado esteve condicionado a estudos efetuados em outros âmbitos, nomeadamente no âmbito da Hipertensão Arterial ou outros no âmbito da qualidade de vida e da adesão ao regime terapêutico.

Como sugestão, considera-se que se justifica a apresentação e divulgação do “Manual de Intervenção do Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores”, junto dos nossos pares, constituindo este um veículo de mudança ao nível da prestação de cuidados de enfermagem. Reforça-se, novamente, a ideia de realizar mais estudos no mesmo âmbito com diferentes ciclos da investigação-ação para aprofundar e consolidar os resultados obtidos.

Concluindo, considera-se que este trabalho permitiu avaliar, no contexto em que foi realizado, o ajustamento mental das pessoas com UCMI e, sobretudo, compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de família junto dos mesmos, para que desta forma, como profissionais de saúde que somos, possamos antecipar os problemas advindos das úlceras crónicas e, desta forma, prestar cuidados holísticos e individualizados tanto ao seu portador como à sua família. Como tal, os trabalhos de investigação constituem-se como veículos de promoção do desenvolvimento profissional e de contribuição para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem. Apresentam-se, também, como uma prática baseada na evidência, um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados; em suma, investigar sobre os focos de atenção, intervenções e resultados de enfermagem permite nutrir o desenvolvimento da profissão (Araújo, 2010).

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Este relatório reflexivo é o resultado de um percurso de experiências, de aquisição e desenvolvimento de competências para uma prática avançada de enfermagem de família, sustentada por um contínuo formativo e reflexivo a nível pessoal e profissional e pretende constituir, sobretudo, uma análise crítica do nosso percurso de aprendizagem. Procurou evidenciar o trabalho desenvolvido na USF Águeda + Saúde, analisando sob o ponto de vista crítico-reflexivo as competências desenvolvidas ao longo de estágio, explanando algumas dificuldades sentidas ao longo do mesmo. Foi também possível apresentar os resultados da investigação desenvolvida, no âmbito do estágio, que se prendeu sobretudo em avaliar o ajustamento mental dos portadores de UCMI e conhecer a intervenção do enfermeiro de família no ajustamento mental dos mesmos.

O desenvolvimento deste estágio revelou-se, também, como uma experiência bastante proveitosa, pois constituiu um momento de aprendizagem de excelência, ao permitir fortalecer e aprofundar conhecimentos a vários níveis, nomeadamente no que diz à enfermagem de família; ao impacto, aos mais diferentes níveis, que as úlceras crónicas têm no indivíduo e, por conseguinte, na sua família e também conhecer a forma como estes se ajustam às implicações das mesmas, dependendo, em muito, das suas crenças e valores. Mendes (2004) refere que o indivíduo necessita de manter um estado de equilíbrio, não tolerando um estado de crise por muito tempo, algumas pessoas adotam respostas e mecanismos de superação de obstáculos que poderão levar a uma adaptação positiva - saudável, enquanto outras poderão levar a ajustamentos não saudáveis e, por conseguinte, a uma deterioração psicossocial, que forçosamente irá ter repercussões também na família.

Assim sendo, torna-se primordial o papel colaborativo e terapêutico do enfermeiro de família junto da mesma aquando do planeamento de cuidados, com o intuito de concretizar a adaptação aos processos de transição saúde/doença, capacitando-a para a maximização do seu potencial de saúde e fomentando a sua proatividade (Direção-Geral da Saúde, 2006; World Health Organization, 2016). Desta forma, as vivências ao longo do contexto de estágio, em que pudemos ter um contacto de proximidade, não só com o portador de UCMI, mas, também, com a sua família mais próxima, revelou-se enriquecedor, pois permitiu-nos conhecer o impacto provocado por estas úlceras tanto a nível físico como emocional, bem como as estratégias utilizadas para poder lidar com o mesmo, como estas afetam cada família e como, em muitas das vezes, a adesão ao tratamento está condicionada pelas crenças e valores dos indivíduos e das suas famílias. Logo, realizar uma intervenção ou sugerir uma mudança, nas perceções ou nos comportamentos, na família sem conhecê-la é o mesmo que estabelecer um tratamento sem um diagnóstico. (Direção Geral da Saúde, 2013). De facto, o tratamento das UCMI não assenta essencialmente nos recursos disponíveis nos CSP; depende sobretudo dos recursos do seu portador/família e da forma como estes se adaptam às implicações da mesma, pelo que importa

compreender as estratégias que este(s) desenvolve(m) de forma a enfrentar as implicações da cronicidade e recidiva das úlceras. Desta maneira, os enfermeiros de família podem encetar intervenções organizadas e direcionadas, quando o processo de ajustamento se encontra comprometido.

Como tal, compete ao enfermeiro de família identificar situações causadoras de *stress* e desajuste familiar, tornando-se este, o seu foco de intervenção. Para isso, deverá reconhecer os recursos (internos e externos) do indivíduo/família, para, desta forma, encetar uma intervenção de enfermagem estruturada e direcionada, com o intuito de estimulá-lo à adoção de estratégias adaptativas, constituindo estas, as respostas do indivíduo às situações de desajuste e, assim, promover o seu equilíbrio e integridade, tendo sempre em conta as suas crenças, valores e motivações com o cuidado de auto implicar o indivíduo em todo este processo.

As avaliações do ajustamento mental, realizadas por nós, nos diferentes momentos, vieram a nosso ver, realçar a importância de uma intervenção estruturada e direcionada, por parte do enfermeiro de família, pois permitiu-nos perceber o impacto da motivação, a redução da ansiedade, a expressão das emoções, o desenvolvimento de estratégias de auto implicação do indivíduo no processo de tratamento, o envolvimento da família ou pessoas significativas num caminho conducente ao ajustamento mental do indivíduo e ao equilíbrio da família

Para além disso, este relatório constituiu-se, ainda, pertinente, pela evolução na obtenção das capacidades de análise, reflexão e pensamento crítico, cognitivas, técnico-científicas, de autonomia na tomada de decisão, de reconhecimento de carências/prioridades, relacionais, de comunicação, socioculturais, éticas e deontológicas.

Este estudo, e o trabalho decorrente do mesmo realizado na USF Águeda + Saúde e na UCSP Águeda II, e a reflexão que o mesmo permitiu, possibilitou o desenvolvimento de capacidades e competências investigativas, que concorreram para prováveis intervenções futuras na melhoria da prática do enfermeiro de família e no prosseguimento da produção de conhecimento através da investigação.

Num balanço retrospectivo do trabalho realizado, julgamos que este foi muito positivo e se revestiu da maior relevância ao nível do agir profissional, na tomada de decisão clínica em enfermagem e na ponderação crítica sobre os focos sensíveis dos cuidados de enfermagem de família. Este percurso de aprendizagens permitiu a aquisição e desenvolvimento das competências sugeridas para este estágio, as quais acreditamos ter atingido na totalidade. Neste contexto, evidenciamos a prestação de cuidados, ao valorizar uma prática de cuidados especializados e com elevado grau de qualidade e adequação às necessidades do portador de UCMI e respetiva família, mormente, os conhecimentos revelados, a metodologia de trabalho adotada, as relações interpessoais criadas e, destacamos ainda, as competências desenvolvidas.

O trabalho de investigação, em particular, permitiu através da revisão da bibliografia, reconhecer os avanços científicos e técnicos no domínio do tratamento das UCMI e a evolução na assistência

aos seus portadores e família. No entanto, verificou-se a carência de estudos relativamente ao ajustamento mental do portador de UCMI e respetiva família, pelo que o trabalho realizado esteve condicionado a estudos efetuados em outros âmbitos, como já referido anteriormente.

Como sugestão, reforça-se mais uma vez, que se considera que se justifica a apresentação e divulgação junto dos nossos pares do “Manual de Intervenção do Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores” como veículo de mudança ao nível da prestação de cuidados do enfermeiro de família aos portadores de UCMI, e ferramenta importante na prática de cuidados de este enfermeiro ao mesmo. Sugere-se, ainda, como já mencionado anteriormente, a realização de mais estudos no mesmo âmbito com diferentes ciclos da investigação-ação para aprofundar e consolidar os resultados obtidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbate, L., & Lastória, S. (2008). Abordagem de pacientes com úlcera de perna de etiologia venosa. *Anais Brasileiros Dermatologia*, 81(6), 509–522. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n6/v81n06a02.pdf>
- Afonso, A., Barroso, P., Marques, G., Gonçalves, A., Gonzalez, A., Duarte, N., & Ferreira, M. J. (2013). Úlcera crónica do membro inferior — experiência com cinquenta doentes. *Angiologia E Cirurgia Vascular*, 9(4), 148–153. [https://doi.org/10.1016/S1646-706X\(13\)70035-1](https://doi.org/10.1016/S1646-706X(13)70035-1)
- Afonso, J. (2011). “*Avaliação das funções da conjugalidade no suporte ao doente oncológico de acordo com os factores da vulnerabilidade ao stress, ajustamento mental à doença oncológica de um familiar e o coping resiliente.*” Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8921/1/Dissertação de Mestrado.pdf>
- Aguiar, E., Pinto, L., Figueiredo, M., & Savino, S. (2005). Úlcera de Insuficiência Venosa Crónica. *Jornal Vascular Brasileiro*, 4(32). Retrieved from http://jvascbras.com.br/pdf/Arquivo_2.pdf
- Alves, A. M. (2017). *A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental de Doentes com Hipertensão Arterial*. Universidade de Aveiro. Retrieved from <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/18604/1/Ana Margarida Martins Bastos Alves%2C 64054.pdf>
- American Society of Plastic Surgeons. (2007). *Evidence-based Clinical Practice Guideline: Chronic Wounds of the Lower Extremity*. Retrieved from <https://www.plasticsurgery.org/Documents/medical-professionals/health-policy/evidence-practice/Evidence-based-Clinical-Practice-Guideline-Chronic-Wounds-of-the-Lower-Extremity.pdf>
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2). Retrieved from <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
- Araújo, I. (2010). *Cuidar da Família com um Idoso Dependente: Formação em Enfermagem*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- Araújo, I., Paul, C., & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização. A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, III(2), 45–53. Retrieved from

http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Australian and New Zealand Clinical Practice Guideline for Prevention and Management of Venous Leg Ulcers, National Health and Medical Research Council (2011). Retrieved from www.awma.com.au

Baranoski, S., & Ayelo, E. (2006). *O Essencial sobre o Tratamento de Feridas*. Loures.

Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica - Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Universidade Católica do Porto. Retrieved from [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A pessoa com doença cronica_Tese Doutoramento_Reitoria.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doen%C3%A7a%20cronica_Tese%20Doutoramento_Reitoria.pdf)

Bastos, F. S. (2013). *A pessoa com doença crónica Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Universidade Católica Portuguesa Porto - Instituto de Ciências da Saúde. Retrieved from [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A pessoa com doença cronica_Tese Doutoramento_Reitoria.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11990/1/A%20pessoa%20com%20doen%C3%A7a%20cronica_Tese%20Doutoramento_Reitoria.pdf)

Benevides, J., Coutinho, J., Santos, M., Oliveira M., & Vasconcelo, F. (2012, April 2). Avaliação clínica de úlceras de perna em idosos. *REVRENE*, 13(2). Retrieved from <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3916/3110>

Bessa, L. I. G. (2011). *Representação mental dos utentes do Serviço Nacional de Saúde acerca dos seus direitos e deveres*.

Bezerra, F., Taziana, Mesquita, A., Costa, S., Carvalho, C., Carvalho, A., & Alves, M. (2013). Promoção da saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem. *Enfermeria Global*, 32. Retrieved from http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_ensayos2.pdf

Bistoreanu, R., & Teodorescu, M. (2009). Venous Leg Ulcer - Patient Compliance to Treatment and Impact on Quality of Life. *Journal Of Experimental Medical & Surgical Research*, XVI(2), 97–102. Retrieved from <http://jmed.ro/articole/4.pdf>

Briggs, M., & Closs, S. (2003). The prevalence of leg ulceration: a review of the literature. *EWMA Journal*, 3(2), 14–20. Retrieved from [https://www.research.manchester.ac.uk/portal/en/publications/the-prevalence-of-leg-ulceration\(49bc0b74-2aee-4d82-8b6f-03b4d16b6856\)/export.html](https://www.research.manchester.ac.uk/portal/en/publications/the-prevalence-of-leg-ulceration(49bc0b74-2aee-4d82-8b6f-03b4d16b6856)/export.html)

Broadbend, E., & Koschwanez, H. (2012). The psychology of wound healing. *Walters Kluwer Health*, 25(2), 315–328. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b01e32834e1424>

Canesqui, A. M. (2007). *Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crónicos*. (Hucitec, Ed.). Hucitec. Retrieved from

https://books.google.pt/books/about/Olhares_socioantropológicos_sobre_os_ad.html?id=_mS6cQAACAAJ&redir_esc=y

- Chamanga, E. (2014). Understanding the impact of leg ulcer bandaging on patient quality of life. *Journal of Community Nursing*, 28(1). Retrieved from <https://www.jcn.co.uk/files/downloads/articles/01-2014-understanding-the-impact-of-leg-ulcer-bandaging-on-patient-quality-of-life.pdf>
- Chase, S. K., Whittemore, R., Crosby, N., Freney, D., Howes, P., & Phillips, T. J. (2000). Living With Chronic Venous Leg Ulcers: A Descriptive Study of Knowledge and Functional Health Status. *Journal of Community Health Nursing*, 17(1), 1–13. https://doi.org/10.1207/S15327655JCHN1701_01
- Correia, C. S. L. (2007). *Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2 - O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem*.
- Costa, I., Nóbrega, W., Costa, I., Torres, G., Lira, A. L., Tourinho, F., & Enders, B. (2011, September). Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do modelo adaptativo de Roy. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 561–568. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000300018>
- Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. (2009). Investigação-Ação: Metodologia Preferencial nas Práticas Educativas. *Revista Psicologia, Educação E Cultura*., XIII(2), 455–479. Retrieved from https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10148/1/Investigação_Ação_Metodologias.PDF
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas - Guia para enfermeiros*. (CLIMEPSI, Ed.) (1ª edição). Lisboa: CLIMEPSI.
- de Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246–255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61078-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8)
- Dekker, J., & De Groot, V. (2016). Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation – an exploration. *Disability and Rehabilitation*, 1–5. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1247469>
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamento. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81–100. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862001000200006
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>

- Direção Geral da Saúde. (2013). *Avaliação Antropométrica no Adulto* (No. Orientação 017/2013).
- Duarte, N., & Gonçalves, A. (2011). Pé diabético. *Angiologia E Cirurgia Vascular*, 7(2), 65–79. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ang/v7n2/v7n2a02.pdf>
- Ebbeskog, B., & Ekman, S.-L. (2001). Elderly persons' experiences of living with venous leg ulcer: living in a dialectal relationship between freedom and imprisonment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(3), 235–243. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2001.00018.x>
- Edward, L., & Richard, R. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. Retrieved from http://www.academia.edu/24470501/The_What_and_Why_of_Goal_Pursuits_Human_Needs_and_the_Self-Determination_of_Behavior
- ESSUA, IPB, & UTAD. (2017). *Guia Orientador de Estágio*. Aveiro. Retrieved from https://elearning.ua.pt/pluginfile.php/571138/mod_resource/content/0/MESF_GUIA_ESTÁGIO_2017_2018.pdf
- Favas, S. (2012). *Qualidade de Vida e Adesão Terapêutica da Pessoa Portadora de Úlcera Venosa de Perna*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13270/1/Tese MFVT>
- Fearn, N., Heller-Murphy, S., Kelly, J., & Harbour, J. (2017). Placing the patient at the centre of chronic wound care: A qualitative evidence synthesis. *Journal of Tissue Viability*, 26(4), 254–259. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2017.09.002>
- Figueiredo, M. (2011). Enfermeria de Familia en Portugal: un camino en desarrollo. *Ridec*, 2. Retrieved from <http://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27045/>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Finlayson, K., Edwards, H., & Courtney, M. (2010). The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9–10), 1289–1297. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03151.x>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466–475. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.466>
- Fonder, M., Lazarus, G., Cowan, D., & Mamelak, A. (2008). Treating the chronic wound: A practical approach to the care of nonhealing wounds and wound care dressings. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 58(2), 185–206. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2007.08.048>
- Fonseca, C., Franco, T., Ramos, A., & Silva, C. (2012). A pessoa com úlcera de perna,

- intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Rev Esc Enferm USP*, 46(2), 480–6. Retrieved from www.ee.usp.br/reeusp/
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Canadá: Lusociência.
- França, L., & Tavares, V. (2003). Insuficiência venosa crônica. Uma atualização Resumo. *J Vasc Br*, 2(4), 318–28. Retrieved from <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/178/03-02-04-318.pdf?sequence=1>
- Freitas, A. (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP na RAM. In ESEP (Ed.), *Da investigação à prática de Enfermagem de Família* (pp. 24–33). Retrieved from https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=s_cbu8rcTn0C&oi=fnd&pg=PA24&dq=Enfermagem+CSP+avaliação+familiar&ots=-h1LA4VP2a&sig=7xMuJhvMMhVE9qnj-s5WLTvNAL0&redir_esc=y#v=onepage&q=Enfermagem CSP avaliação familiar&f=false
- Frykberg, R., & Banks, J. (2015). Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. *Advances in Wound Care*, 4(9), 560–582. <https://doi.org/10.1089/wound.2015.0635>
- Garcia, A., Vasconcelos, L., Valentim, H., Gonçalves, F., Castro, J., Ferreira, M., & Mota Capitão, L. (2007). Consulta de Úlcera de Perna do Hospital de Santa Marta. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cardio-Torácica E Vascular*, XIV(3), 173–176. Retrieved from <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/304/1/RPCCTV 2007 173.pdf>
- Gil, A. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. (Editora Atlas, Ed.), *Como Elaborar Projetos de Pesquisa* (4ª edição). São Paulo. <https://doi.org/10.1111/j.1438-8677.1994.tb00406.x>
- Gogia, P. (2005). *Feridas: Tratamento e Cicatrização*. (Revinter, Ed.).
- Gohel, M. S., & Poskitt, K. R. (2010). Chronic ulceration of the leg. *Surgery (Oxford)*, 28(6), 273–276. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2010.02.005>
- Greer, S., Moorey, S., & Watson, M. (1989). Patients' adjustment to cancer: The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(3), 373–377. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(89\)90027-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(89)90027-5)
- Gusmão, J., & Mion, D. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira Hipertensão*, 13(1), 23–25. Retrieved from <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>
- Hamer, C., Cullum, N. ., & Roe, B. H. (1994). Patients' perceptions of chronic leg ulcers. *Journal of Wound Care*, 3(2), 99–101. <https://doi.org/10.12968/jowc.1994.3.2.99>

- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados à Família - Teoria, Prática e Investigação*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Heinen, M. M., Persoon, A., van de Kerkhof, P., Otero, M., & van Achterberg, T. (2007). Ulcer-related problems and health care needs in patients with venous leg ulceration: A descriptive, cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1296–1303. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.001>
- Henriques, C. A. A. (2015). *Viver com Úlcera Crônica nos Membros Inferiores: Análise Qualitativa de Narrações Significativas de Pessoas Idosas*. Universidade de Aveiro. Retrieved from [http://ria.ua.pt/bitstream/10773/15705/1/Viver com úlcera crônica nos membros inferiores_análise qualitativa de narrações significativas de pessoas idosas.pdf](http://ria.ua.pt/bitstream/10773/15705/1/Viver%20com%20%C3%BAlcera%20cr%C3%B4nica%20nos%20membros%20inferiores_an%C3%A1lise%20qualitativa%20de%20narra%C3%A7%C3%B5es%20significativas%20de%20pessoas%20idosas.pdf)
- Henriques, J. (2011). *Adesão ao Regime Terapêutico Proposto à Pessoa com História de EAM - O Papel do Enfermeiro*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Hopia, H., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2004). Promoting health for families of children with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 575–583. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03246.x>
- Internacional Council of Nurses. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Retrieved from <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>
- International Council of Nurses. (2011). *CIPE ® Versão 2*. Retrieved from <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM ENFERMEIROS cipe.pdf>
- Jesus, A. (2014). *Prevalência e Abordagem à Pessoa com Úlcera de Perna*. Universidade Católica. Retrieved from [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17106/5/Dissertação - Alexandra Jesus %28Março 2015%29.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17106/5/Dissertação%20-%20Alexandra%20Jesus%20Março%202015%29.pdf)
- Jockenhöfer, F., Gollnick, H., Herberger, K., Isbary, G., Renner, R., Stücker, M., ... Dissemond, J. (2016). Aetiology, comorbidities and cofactors of chronic leg ulcers: retrospective evaluation of 1 000 patients from 10 specialised dermatological wound care centers in Germany. *International Wound Journal*, 13(5), 821–828. <https://doi.org/10.1111/iwj.12387>
- Jones, J., Barr, W., Robinson, J., & Carlisle, C. (2006). Depression in patients with chronic venous ulceration. *British Journal of Nursing*, 15(Sup2), S17–S23. <https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.Sup2.21237>
- Kaakinen, J., Coehlo, D., Steele, R., Tabacco, A., & Hanson, S. (2015). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. (Davis Company, Ed.) (5ª). Philadelphia. Retrieved from <https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=NYAQBAQAQBAJ&oi=fnd&pg=PR2&dq=Family+health+care+nursing:+theory>

&ots=v9g4VmtC1R&sig=bYoJatXDsaIFsjEJohjGMDzdabw&redir_esc=y#v=onepage&q=Familly health care nursing%3A theory&f=false

- Karl T, Modic PK, & Voss EU. (2004). Indications and results of v.a.C therapy treatments in vascular surgery - state of the art in the treatment of chronic wounds. *Zentralblatt Für Chirurgie*, 129, 74–79. <https://doi.org/10.1055/s-2004-822609>
- Kirketerp-Moller, K., Zulkowski, K., & James, G. (2011). ChronicWound Colonization, Infection, and Biofilms. *Journal of Medical Microbiology*, 1–9. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6084-9>
- Kouris, A., Christodoulou, C., Efsthathiou, V., Chatzimichail, I., Zakopoulou, N., & Zouridaki, E. (2015). Quality of life in Greek family members living with leg ulcer patients. *Wound Repair and Regeneration*, 23(5), 778–780. <https://doi.org/10.1111/wrr.12326>
- Kravitz, M., & Frey, M. (1989). Conceptual models of nursing : analysis and app... In *Conceptual models of nursing analysis and application* (2ª edição, pp. 313–329). Toronto: Norwalk, Conn.: Appleton & Lange, . Retrieved from <https://archive.org/stream/conceptualmodels00fitz#page/312/mode/2up/search/313>
- Kunimoto, B. T. (2001). Management and prevention of venous leg ulcers: a literature-guided approach. *Ostomy/wound Management*, 47(6), 36–42, 44–9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11890083>
- Lara, M. O., Júnior, A. do C. P., Pinto, J. silva de F., Vieira, N. F., & Wichr, P. (2011). Significado da ferida para portadores de úlceras crônicas. *Congitare Enferm.*, 16(3), 471–477. <https://doi.org/10.5380/ce.v16i3.20178>
- Laurell, A. C. (1982). A saúde-doença como processo social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 7–25.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc. Retrieved from https://books.google.pt/books?id=i-ySQQuUpr8C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Liberato, S. (2014). *Análise da adesão ao tratamento e da qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Retrieved from <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14826/1/SamillyMDL DISSERT.pdf>
- Lino, L. A. V. (2013). *Dependência funcional e auto-estima na pessoa com ferida crónica*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11625/1/Dissertação - MFVT - Dependencia Funcional e Auto-Estima da pessoa com Ferida Cronica.pdf>

- Lucas, L., Martins, J., & Robazzi, M. L. (2008). Qualidade de Vida dos Portadores de Ferida em Membros Inferiores - Úlcera de Perna. *Ciencia Y Enfermeria*, XIV(1), 45–52. Retrieved from <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n1/art06.pdf>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56–61. Retrieved from http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. (Editora Atlas, Ed.) (5ª edição). São Paulo. Retrieved from https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2).
- Martins, L., Rodrigues, M., & Mesquita, V. (2012). Qualidade de Vida na Pessoa com Ferida Crónica. *Journal of Aging and Innovation*, 1(5). Retrieved from <http://journalofagingandinnovation.org/volume-1-numero-5-2012/qualidade-de-vida/>
- Mccubbin, M., & Mccubin, H. (1993). Families Coping with Illness: The Resiliency Model of Family Stress, Adjustment, and Adaptation. In Mosby-Year Book (Ed.), *Families, Health & Illness - Perspectives on Coping and Intervention* (p. 427). Missouri.
- Mendes, M. L. (2004). *Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença - As Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde*. Universidade do Minho. Retrieved from <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/953/2/Tese Mestrado.pdf>
- Ministério da Saúde. (2012). Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP. Pressupostos para a sua implementação. Retrieved from <http://docplayer.com.br/79720-Papel-do-enfermeiro-de-saude-familiar-nos-csp-pressupostos-para-a-sua-implementacao.html>
- Moffatt, C. (1998). Issues in the assessment of leg ulceration. *Journal of Wound Care*, 7(9), 469–473. <https://doi.org/10.12968/jowc.1998.7.9.469>
- Moffatt, C. J., Franks, P. J., Doherty, D. C., Smithdale, R., & Martin, R. (2006). Sociodemographic factors in chronic leg ulceration. *British Journal of Dermatology*, 155(2), 307–312. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2006.07265.x>
- Moffatt, C., Murray, S., Keeley, V., & Aubeeluck, A. (2017). Non-adherence to treatment of chronic wounds: patient versus professional perspectives. *International Wound Journal*. <https://doi.org/10.1111/iwj.12804>
- Monteiro, C., Moreira, M., Araújo, E., Oliveira, E., Moura, M., & Costa, J. (2008). PESQUISA-AÇÃO: contribuição para prática investigativa do enfermeiro a. *Rev Gaúcha Enferm*, 31(1), 167–74. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a23v31n1.pdf>

- Morgado, J., Rocha, S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos Valores Normativos do Mini- Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10–16.
- Morison, M., Moffatt, C., & Franks, P. (2010). *Úlceras de Perna - Uma Abordagem de Aprendizagens Baseada na Resolução de Problemas*. (LUSODIDACTA, Ed.) (1ª edição). Loures: LUSODIDACTA.
- Nakamura, Y., & Orth, U. (2005). Acceptance as a Coping Reaction: Adaptative or not? *Swiss Journal of Psychology*, 64(4), 281–292. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.64.4.281>
- Nelzen, O., & Bergqvist, D. (1991). Leg ulcer etiology-A population study cross sectional popupation study. *Journal of Vascular Surgery*, 14(4), 557–564. <https://doi.org/10.1067/mva.1991.30144>
- Oermann, M. H., Harris, C. H., & Dammeyer, J. A. (2001). Teaching by the nurse: How important is it to patients? *Applied Nursing Research*, 14(1), 11–17. <https://doi.org/10.1053/apnr.2001.9236>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar - padroes de qualidade dos cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em (2010).
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 126/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário Da República*, 35(2), 8660–8661. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento 126_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudFamiliar.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*. (Organização Mundial de Saúde, Ed.). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400037>
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais do que Nunca*. Retrieved from http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
- Paggiaro, A., Neto, N., & Ferreira, M. (2010, June). Princípios gerais do tratamento de feridas. *Revista Médica (São Paulo)*. Retrieved from <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/viewFile/46286/49942>

- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., ... Martins-Da-Silva, A. (n.d.). *O ajustamento à doença crónica: aspectos conceptuais*. Retrieved from [https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3031/1/O ajustamento à doença crónica.pdf](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/3031/1/O%20ajustamento%20%C3%A0%20doen%C3%A7a%20cr%C3%B4nica.pdf)
- Pais Ribeiro, J., Ramos, D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma Validação Conservadora da Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-MAC). *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 4(2), 231–247. Retrieved from [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1053/1/PSD 2003 4%282%29 231-247.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1053/1/PSD%202003%204%282%29%20231-247.pdf)
- Paiva, L. (2017). Enfermeiros são os profissionais melhor preparados para tratar feridas. *Jornal Enfermeiro*. Retrieved from <http://www.jornalenfermeiro.pt/entrevistas/item/1524-enfermeiros-com-papel-de-grande-relevancia-no-tratamento-de-feridas.html>
- Palfreyman, S., Tod, A., Brazier, J., & Michaels, J. (2010). A systematic review of health-related quality of life instruments used for people with venous ulcers: an assessment of their suitability and psychometric properties. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2673–2703. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03269.x>
- Passadouro, R., Sousa, A., Santos, C., Costa, H., & Craveiro, I. (2016). Características e Prevalência em Cuidados de Saúde Primários das Feridas Crónicas. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Dermatologia E Venereologia*, 74(November 2015), 45–51.
- Patterson, J., & Garwick, A. (1998). Theoretical Linkages: Family Meanings and Sense of Coherence. In E. Fromer (Ed.), *Stress, coping and health in families: Sense of coherence and resilience* (pp. 71–90). London.
- Peixoto, M. J., & Santos, C. (2009). Estratégias de Coping na família que presta cuidados. *Cadernos de Saúde*, 2(2), 87–93. Retrieved from [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9877/3/CS 2.2 \(6\).pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9877/3/CS%202.2%20(6).pdf)
- Pina, E., Furtado, K., Franks, P., & Moffatt, C. (2004). Úlceras de Perna em Portugal: um problema de Saúde Subestimado. *Revista Portuguesa de Cirurgia Cárdio-Torácica E Vascular*, XI(4), 217–221. Retrieved from [http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/293/1/RPCCTV 2004 217.pdf](http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/293/1/RPCCTV%202004%20217.pdf)
- Pinto, M. (2016). *Consulta de Enfermagem Domiciliária*. Católica. Retrieved from [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21289/1/Marco Pinto final total.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21289/1/Marco%20Pinto%20final%20total.pdf)
- Pires, N. M. F. (2012). *Úlcera de Perna: Impacto na Qualidade de Vida dos Utentes da UCSP de Alenquer*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9436/1/Tese -UCP \(Nuno Pires\).pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9436/1/Tese%20-%20UCP%20(Nuno%20Pires).pdf)
- Polit, D., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (A. Médicas, Ed.) (3ª edição). Porto Alegre.

- Potter, P., & Perry, A. (2013). *Fundamentos de Enfermagem*. (Mosby, Ed.) (8ª edição). Elsevier. Retrieved from https://issuu.com/elsevier_saude/docs/potter_e-sample/5
- Price, P., Fogh, K., Glynn, C., Krasner, D., Osterbrink, J., & Sibbald, R. (2007). Managing painful chronic wounds: the Wound Pain Management Model. *International Wound Journal*, 4(1), 4–15. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=7ac8b8d1-7a58-4396-b647-3ca6f253f3d2%40sessionmgr104&vid=4&hid=112>
- Rahman, G., Adigun, I., & Fadeyi, A. (2010). Epidemiology, etiology, and treatment of chronic leg ulcer: Experience with sixty patients. *Annals of African Medicine*, 9(1), 1–4. <https://doi.org/10.4103/1596-3519.62615>
- Rainey, J. (2002). *Nurses, Wound care: A Handbook for Community*. London: Whurr Publishers.
- Rayner R, Keaton, J., Carville K, Santamaria, N., & Prentice J. (2009). Leg ulcers: atypical presentations and associated comorbidities. *Wound Practice and Research*, 17(4). Retrieved from http://www.woundsaustralia.com.au/journal/1704_01.pdf
- Reis, D., Peres, G. A., Zuffi, F. B., Ferreira, L. A., & Poggetto, M. T. D. (2013). Cuidados às pessoas com úlcera venosa: percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 101–106.
- Reis, D. B. do, Peres, G. A., Zuffi, F. B., Ferreira, L. A., & Poggetto, M. T. D. (2013). Care for People With Venous Ulcers: the Perception of Nurses in the Family Health Strategy. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 102–107. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130009>
- Richmond, N., Maderal, A., & Vivas, A. (2013). Evidence-based management of common chronic lower extremity ulcers. *Dermatologic Therapy*, 26, 187–196. <https://doi.org/10.1111/dth.12051>
- Rocha, M., Cunha, E., Dinis, A., & Coelho, C. (2006). *Feridas uma arte de cuidar*. (Lusociência, Ed.) (2ª edição). Loures.
- Rodrigues, D., Pagliuca, L., & Magalhães, R. (2004). Modelo de Roy na Enfermagem Obstétrica: análise sob a óptica de Meleis. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 165–175.
- Romero, C., Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., & Liscum, K. R. (2006). Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 29–36. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9038-z>
- Sá, E. M. C. S. (2001). *A influência da adaptação mental à doença oncológica na qualidade de vida do doente hemato-oncológico, em ambulatório*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Retrieved from http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/881/1/DM_SA-E1.pdf

- Salomé, G. (2010). Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. *Saúde Coletiva*, 7(46), 300–304. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84215678004>
- Salomé, G. M., & Ferreira, L. M. (2013). Impact of Skin Grafting of Venous Leg Ulcers on Functional Status and Pain. *World Journal of Surgery*, 37(6), 1438–1445. <https://doi.org/10.1007/s00268-013-1975-z>
- Sant'ana, S., Bachion, M., Santos, Q., Nunes, C., Malaquias, S., & Oliveira, B. (2012). Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulator. *Revista Brasileira Enfermagem*, 65(4), 637–644. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a13v65n4.pdf>
- Saraiva, M. D., Fonseca, R., Bandarra, J. A., Agostinho, E., Pereira, N., & Lopes, T. S. (2013). Qualidade de vida do utente com úlcera venosa crônica. *Revista Portuguesa de Referência*, 10, 109–118. <https://doi.org/10.12707/RIII1241>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Com Dependência Física e Mental* (1ª edição). Quarteto.
- Silva, J., Morais, E., Figueiredo, M., & Tyrrell, M. (2011). Pesquisa-ação: concepções e aplicabilidade nos estudos em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 592–595. Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/2670/267019943026/>
- Silva, L. (2007). *A Dinâmica das Relações da Família com o Membro Idoso Portador de Diabetes Mellitus*. Universidade Federal de Santa Catarina. Retrieved from <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/90047/243039.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Silveira, L., & Ribeiro, V. (2004). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 91–104. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*, II(6), 91–108.
- Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2011). Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de Cuidados de Humanidade Gineste -Marescotti. *Revista de Enfermagem de Referência*, 4(III), 69–79. Retrieved from [http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1065/1/Simões MMM 2011 Importância e Aplicabilidade Humanidade.pdf](http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1065/1/Simões%20MMM%202011%20Importância%20e%20Aplicabilidade%20Humanidade.pdf)
- SIMSNS. (2018). BI - CSP - USF Águeda Mais Saúde. Retrieved April 14, 2018, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20019/2010191/Pages/default.aspx>

- Sousa, F. (2009). *O corpo que não cura - Vivências das pessoas com úlcera venosa crónica de perna*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19159/2/Dissertao O corpo que no cura.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19159/2/Dissertao%20O%20corpo%20que%20no%20cura.pdf)
- Sousa, M. R., Peixoto, M. J., & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência*, 59–67. Retrieved from <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/8-5967.pdf>
- Soydan, E., Yilmaz, E., & Baydur, H. (2017). Effect of socio-demographic characteristics and clinical findings on the quality of life of patients with chronic venous insufficiency. *SAGE*, 25(4). <https://doi.org/10.1177/1708538116685945>
- Sussman, C., & Bates-Jensen, B. . (2007). *Wound Care: A Collaborative Practice Manual for Health Professionals*. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins. Retrieved from [https://books.google.pt/books?id=LaNuvQTjYeEC&printsec=frontcover&dq=Sussman,+C., +%26+Bates-Jensen,+B.+\(2012\)+ebooks&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiz2_aw77PSAhWDSBQKHAl2DEkQ6AEIGzAA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=LaNuvQTjYeEC&printsec=frontcover&dq=Sussman,+C.,+%26+Bates-Jensen,+B.+(2012)+ebooks&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiz2_aw77PSAhWDSBQKHAl2DEkQ6AEIGzAA#v=onepage&q&f=false)
- Taverner, T. (2014). Neuropatic pain: an overview. *British Journal of Neurocience Nursing*, 10(3), 116–123. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2014.10.3.116>
- Templeton, S., & Telford, K. (2010). Diagnosis and management of venous leg ulcers: a nurse's role? *Wound Practice and Research*, 18(2), 72–79.
- Tennvall, G., & Hjelmgren, J. (2005). Annual costs of treatment for venous leg ulcers in Sweden and the United Kingdom. *Wound Repair and Regeneration*, 13(1), 13–18. <https://doi.org/10.1111/j.1067-1927.2005.130103.x>
- The Web's Free 2018 ICD-10-CM/PCS Medical Coding Reference. (2018). Retrieved April 6, 2018, from <http://www.icd10data.com/>
- Trott, A. (2009). *Feridas e Lacerações - Cuidados de Emergência e Encerramento*. (Lusodidacta, Ed.) (3ª edição). Retrieved from http://www.lusodidacta.pt/index.php?page=shop.product_details&flypage=flypage.tpl&category_id=23&product_id=107&option=com_virtuemart&Itemid=1&vmcchk=1&Itemid=1
- USF Águeda + Saúde. Regulamento Interno da Unidade de Saúde Familiar Águeda+Saúde (2013).
- Van Hecke, A., Grypdonck, M., & Defloor, T. (2008). Guidelines for the management of venous leg ulcers: a gap analysis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 812–822. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00846.x>

- Van Hecke, A., Grypdonck, M., & Defloor, T. (2009). A review of why patients with leg ulcers do not adhere to treatment. *Journal of Clinical Nursing*, 18(3), 337–349. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02575.x>
- Vermeiden, J., Doorn, L. P. V, Da Costa, A., Kaptein, A. A., & Steenvoorde, P. (2009). Coping Strategies Used By Patients With Chronic and/or Complex Wounds . *Wounds: A Compendium of Clinical Research and Practice*, 21(12), 324–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25902921>
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18(1), 203. <https://doi.org/10.1017/S0033291700002026>
- White, R. (2006). Delayed wound healing: in whom, what, when and why? *Primary Health Care*, 18(2), 40–47. Retrieved from <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=105722887&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNxb4kSepq84y9fwOLCmr0%2Bep7ZSsKm4SreWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdluePfgeyx43zx>
- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311–320. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03095.x>
- Wissing, U., Ek, A.-C., & Unosson, M. (2002). Life situation and function in elderly people with and without leg ulcers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(1), 59–65. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2002.00051.x>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for action*. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
- World Health Organization. (2016). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. WHO. World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Wright, L., Bell, J., & Watson, W. (1996). *Beliefs: the heart of healing in families and illness*. (BasicBooks, Ed.). New York.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (Roca, Ed.) (5ª Edição). São Paulo.
- Yamada, B., & Santos, V. (2005). Quality of life of individuals with chronic venous ulcers. *Wounds*, 17(7), 178–189.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização da Coordenadora da UCSP Águeda II

Exma. Sra. Coordenadora, da
UCSP Águeda II

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação do estudo "*A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores*" (UCMI) na USF Águeda + Saúde

Sandra Maria Sousa Silva Marques, enfermeira do ACES Baixo Vouga, a exercer funções na UCSP Águeda 2, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, pretende desenvolver um estudo de investigação com o tema "*A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores*", no âmbito da Unidade Curricular de Estágio, sob a orientação do Doutor João Filipe Simões, Professor Adjunto da Universidade de Aveiro e coorientada pela Doutora Adília Fernandes, Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Bragança. O estudo tem como objetivos: avaliar o ajuste mental dos utentes com UCMI e compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de família, no indivíduo com UMCI.

Neste sentido, a mestranda vem por este meio solicitar a Vossa Exa. a devida autorização para a aplicação do projeto de intervenção (em anexo) que já tem parecer positivo da comissão de ética (em anexo), por na USF onde esta se encontra a realizar estágio o número de participantes não é o suficiente para que este estudo se considere representativo.

Assegura-se desde já que, todos os participantes colaborarão no estudo voluntariamente após assinatura do termo de consentimento informado e que será garantido o anonimato de todos os participantes e a confidencialidade dos dados.

A mestranda encontra-se inteiramente disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam ter persistido referentes ao projeto de investigação e à sua recolha de dados.

Agradece desde já a atenção que possa ser dispensada a este assunto.

Com os mais cordiais cumprimentos, pede deferimento,

Sandra Maria Sousa Silva Marques
(Sandra Maria Sousa Silva Marques)

*Depois da análise
do professor que me
enviou, foi autorizado
a proceder à sua
aplicação na UCSP Águeda II.*

Dr.ª Cristina Palva
COORDENADORA
UCSP
ÁGUEDA II

ANEXO II

Escala Mini Mental State Examination

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

1. **Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. **Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pera _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. **Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas.

Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe disser para parar”.

27__24__21__18__15__

Nota: _____

4. **Evocação** (1 ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. **Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a) “Como se chama isto?” Mostrar os objetos

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b) “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: _____

c) “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos. Pega nela com a mão direita _____
 Dobra ao meio _____
 Coloca onde deve _____ **Nota:** _____

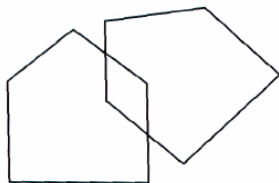
d) “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”, sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos _____ **Nota:** _____

e) “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

_____ **Nota:** _____

6. **Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta)
 Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersetados. Não valorize tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

Avaliação	0 a 2 anos de literacia - 0 a 22 pontos 3 a 6 anos de literacia - 22-24 pontos igual ou superior a 7 anos de literacia - 24-27 pontos
------------------	--

ANEXO III

Autorização de utilização do índice de Barthel



araujo@esenf.pt

ter 21-03, 19:26

Sandra Marques

O remetente da mensagem pediu um recibo de leitura. Para enviar um recibo, [clique aqui](#).

Reencaminhou esta mensagem a 24-03-2017 12:26



ESCALA_BARTHEL_pess...

31 KB



publicacao REVISTA_SP_...

68 KB



2 anexos (98 KB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive - Universidade de Aveiro

Boa tarde Sr^a Enf^a Sandra Marques

Em resposta ao solicitado anexo a versão validada da escala de Barthel, a fim de o poder usar no âmbito do estudo que vai realizar no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar e para o qual lhe desejo muito sucesso.

Anexo o artigo publicado na RNSP.

Atenciosamente
Prof Fatima Araujo

Sandra Maria Sousa Silva Marques, enfermeira, a frequentar Curso de

ANEXO IV

Autorização de utilização da EAMD

Pedido de autorização para utilização da escala MAD



José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

ter 11-04, 09:12

Sandra Marques ↵

Caixa de Entrada

Cara colega

Autorizo o uso da escala de Ajustamento Mental à Doença que traduzimos e estudámos para uso com a população Portuguesa

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

ANEXO V

Autorização da coordenadora da USF Águeda + Saúde para aplicação do estudo

Exma. Senhora
Coordenadora da USF Águeda + Saúde
Dra. Lara Sutil

ASSUNTO: Pedido de autorização para a aplicação do estudo "*A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores*" (UCMI) na USF Águeda + Saúde

Sandra Maria Sousa Silva Marques, enfermeira do ACES Baixo Vouga, a exercer funções na UCSP Águeda 2, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, pretende desenvolver um estudo de investigação com o tema "*A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores*", no âmbito da Unidade Curricular de Estágio, sob a orientação do Doutor João Filipe Simões, Professor Adjunto da Universidade de Aveiro e coorientada pela Doutora Adília Fernandes, Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Bragança. O estudo tem como objetivos: avaliar o ajuste mental dos utentes com UCMI e compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de família, no indivíduo com UCMI.

Neste sentido, a mestranda vem por este meio solicitar a Vossa Exa. a devida autorização para a aplicação de um questionário (anexo 1), a utentes que reúnem os critérios de inclusão para responder ao mesmo, durante a realização do seu estágio na USF Águeda + Saúde (de setembro de 2017 a maio de 2018).

Assegura desde já que os participantes colaborarão no estudo voluntariamente após assinatura do termo de consentimento informado (anexo 2) e que será garantido o anonimato dos mesmos e a confidencialidade dos dados.

A mestranda encontra-se inteiramente disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam persistir, referentes ao projeto de investigação e à sua recolha de dados.

Agradece desde já a atenção que possa ser dispensada a este assunto.

Com os mais cordiais cumprimentos, pede deferimento,


(Sandra Maria Sousa Silva Marques)

Disponível para elaboração de
que autorizações pelo APAC Centro + ACES Baixo

20 de junho de 2017

Lara Sutil, Dra
Coordenadora
USF Águeda + Saúde

29.06.2017

ANEXO VI

Parecer da comissão de ética da ARS Centro

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PROCESSO FINAL: Parecer favorável	Despacho: <i>Homologado 30/10/2017</i> <i>[Signature]</i> <i>[Signature]</i>
---	--

ASSUNTO: 78/2017 - "A intervenção da enfermeira de família no ajustamento mental da pessoa com doença crónica nos membros inferiores"

A metodologia é devidamente explicitada: a recolha de dados é efetuada pela investigadora, enfermeira na unidade de saúde; o primeiro contacto aos utentes é encetado pelos profissionais de saúde que, habitualmente, os acompanham; os dados utilizados são pseudonimizados; a investigadora será a única com acesso aos códigos. Eticamente os 4 princípios de Beauchamp estão devidamente assegurados.

Acreasca que a investigação poderá ter relevância porque contempla uma intervenção da enfermeira de família junto do doente e da família no caso de se estar perante situações de desvio no que se refere ao impacto quanto à saúde mental.

Coimbra, 25 de outubro de 2017

[Signature]
O Relator

(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES

(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

APÊNDICES

APÊNDICE I

Formulário utilizado na investigação

Muito obrigada pela sua colaboração!

A mestranda Sandra Marques

Ouça com atenção as questões e responda a(as) que considerar mais adequada(as)

Parte I - Caracterização Sócio Demográfica e Clínica da Amostra		
1. Sexo	Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>
2. Peso: _____ Kg	3. Altura: _____ cm	
4. Idade: _____		
5. Habilitações Literárias: <input type="checkbox"/> Não sabe ler nem escrever <input type="checkbox"/> 1º ciclo ensino básico <input type="checkbox"/> 2º ciclo ensino básico <input type="checkbox"/> 3º ciclo ensino básico <input type="checkbox"/> Ensino secundário <input type="checkbox"/> Ensino Superior	6. Com quem vive? <input type="checkbox"/> Sozinho(a) <input type="checkbox"/> Com a família Quem: _____ <input type="checkbox"/> Outro: _____	7. Situação Profissional: <input type="checkbox"/> Empregado(a) <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Reformado(a) <input type="checkbox"/> Outro(a) _____
8. Para além da úlcera crónica dos membros inferiores, sofre de mais alguma patologia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 8.1. Sem SIM qual? _____		
9. Fuma? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Quantos Cigarros/dia: _____ Já alguma vez fumou? _____		
10. É diabético(a)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM : 10.1 Que medicação faz para a diabetes? <input type="checkbox"/> Comprimidos <input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Nenhum 10.2 Faz controlo de glicémia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO 10.3 Tempo de diagnóstico: <input type="checkbox"/> < 1 anos <input type="checkbox"/> de 1 a 2 anos <input type="checkbox"/> de 2 a 3 anos <input type="checkbox"/> de 3 a 4 anos <input type="checkbox"/> de 4 a 5 anos <input type="checkbox"/> > 5 anos		

ÍNDICE DE BARTHEL

Validada por Araújo et al. (2007)

Evacuar

- 0= Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema)
- 1= Acidente Ocasional (uma vez por semana)
- 2= Continente

Urinar

- 0= Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer
- 1= Acidente ocasional (máximo 1 vez em 24 horas)
- 2= Continente (por mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0= Necessita de ajuda com autocuidado pessoal
- 1= Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Ir à Casa de Banho

- 0= Dependente
- 1= Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho
- 2= Independente

Alimentar-se

- 0= Incapaz
- 1= Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc...
- 2= Independente (a comida é providenciada)

Deslocações

- 0= Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se
- 1= Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se
- 2= Pequena ajuda (verbal ou física)
- 3= Independente

Mobilidade

- 0= Imobilizado
- 1= Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...
- 2= Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 3= Independente (alguns têm ajuda de uma bengala)

Vestir-se

- 0= Dependente
- 1= Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda
- 2= Independente (Incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

- 0= Incapaz
- 1= Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)
- 2= Independente para subir e descer

Tomar banho

- 0= Dependente
- 1= Independente (ou no chuveiro)

Parte II - Caracterização da Ferida	
<p>1. Há quanto tempo tem a Úlcera de Perna?</p> <p> <input type="checkbox"/> < 3 meses <input type="checkbox"/> de 3 a 6 meses <input type="checkbox"/> de 6 a 9 meses <input type="checkbox"/> de 9 a 12 meses <input type="checkbox"/> > 12 meses </p>	
<p>2. Etiologia da úlcera:</p> <p> <input type="checkbox"/> arterial <input type="checkbox"/> venosa <input type="checkbox"/> mista <input type="checkbox"/> pé diabético <input type="checkbox"/> outros </p> <p>Qual: _____</p>	
<p>3. É a primeira vez que tem uma Úlcera de Perna? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se NÃO, quantas vezes (teve uma úlcera de perna)? _____</p>	
<p>4. Localização da úlcera de perna:</p> <p> <input type="checkbox"/> Acima do maléolo médio <input type="checkbox"/> Maléolo lateral <input type="checkbox"/> Abaixo do tornozelo <input type="checkbox"/> Pé e dedos <input type="checkbox"/> Circundando o tornozelo <input type="checkbox"/> 1/3 anterior e/ou médio da perna </p>	
<p>5. Presença de dor?</p> <p> <input type="checkbox"/> SIM: <input type="checkbox"/> NÃO </p> <p>5.1 Se SIM:</p> <p> <input type="checkbox"/> Durante o dia <input type="checkbox"/> Durante a noite <input type="checkbox"/> Em Repouso <input type="checkbox"/> Durante o tratamento <input type="checkbox"/> Outro: Qual? _____ </p>	
<p>6. Pulsos:</p> <p> <input type="checkbox"/> Presentes fortes <input type="checkbox"/> Presentes fracos <input type="checkbox"/> Impossibilidade de palpar pulsos </p>	
<p>7. Alguma vez lhe foi aplicada terapia compressiva?</p> <p> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO </p>	

Parte II - Caracterização da Ferida	
7. Dimensão da ferida: <div> <div>Comprimento: ____mm</div> <div>Largura: ____mm</div> </div>	
8. Pele circundante: <div> <div> 8.1. <div> <input type="checkbox"/> Ruborizada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Edemaciada </div> </div> <div> 8.2. Bordos <div> <input type="checkbox"/> Não distintos <input type="checkbox"/> Difusos <input type="checkbox"/> Delimitados <input type="checkbox"/> Danificados <input type="checkbox"/> Espessados </div> </div> <div> 8.3. Profundidade dos tecidos afetados <div> <input type="checkbox"/> Pele intacta / cicatrizada <input type="checkbox"/> Derme – epiderme afetadas <input type="checkbox"/> Hipoderme afetada <input type="checkbox"/> Músculo afetados <input type="checkbox"/> Osso e/ou tecido anexos </div> </div> <div> 8.4. Sensibilidade <div> <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Suportável <input type="checkbox"/> Insuportável </div> </div> <div> 8.5. A fazer antibioterapia anexa à ferida? <div> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </div> </div> <div> 8.6. Tunelização <div> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </div> </div> </div>	
9. Tipo de tecido no leito da ferida <div> <input type="checkbox"/> T. regenerado / cicatrizado <input type="checkbox"/> T. de epitelização <input type="checkbox"/> T. de granulação <input type="checkbox"/> T. desvitalizado, fibrina e / ou esfacelo <input type="checkbox"/> T. necrosado </div>	
10. Exsudado <div> <div> 10.1. Quantidade <div> <input type="checkbox"/> Húmido <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Saturado <input type="checkbox"/> Com fuga de exsudado <input type="checkbox"/> Seco </div> </div> <div> 10.2. Odor <div> <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Fétido </div> </div> <div> 10.3. Viscosidade <div> <input type="checkbox"/> Espesso, por vezes pegajoso <input type="checkbox"/> Pouco espesso, fluido </div> </div> <div> 10.4. Cor <div> <input type="checkbox"/> Claro, âmbar <input type="checkbox"/> Turvo, leitoso ou cremoso <input type="checkbox"/> Rosado ou avermelhado <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Amarelo ou acastanhado <input type="checkbox"/> Acinzentado ou azulado </div> </div> </div>	

Parte II - Caracterização da Ferida

16. Sinais de infecção

☐ **SIM:**

☐ **NÃO**

16.1 Se **SIM:**

- ☐ Dor tem aumentado
- ☐ Exsudado purulento
- ☐ Hipergranulação
- ☐ Eritema perilesional
- ☐ Aumento tamanho da ferida
- ☐ Tecido friável
- ☐ Edema perilesional
- ☐ Ferida estagnada
- ☐ Mau odor
- ☐ Aumento da temperatura
- ☐ Descoloração do tecido
- ☐ Lesões satélite
- ☐ Aumento do exsudado
- ☐ Tecido compatível com biofilme

Parte III – Escala MAD – Mental Adjustment Disease

Watson *et al.* (1988)

Tradução e adaptação: Baltar, Ribeiro, Torres, Araújo (1999)

A seguir vai encontrar uma lista de afirmações que descrevem reações que as pessoas têm face a uma doença como a sua, **.com doença queremos dizer a ferida que possui no membro inferior.**

Cada pessoa reage de uma maneira diferente da outra. Nós queremos conhecer a sua forma pessoa de reagir. Se tiver dúvidas sobre a resposta a dar responda da maneira que lhe parecer mais apropriada.

Por favor assinale até que ponto cada afirmação mostra o seu modo de reagir, marcando o quadrado que se lhe aplica, à frente de cada afirmação. Por exemplo, se a afirmação não se aplica a si deve assinala (X) o primeiro retângulo.

	Não se aplica de modo nenhum a mim	Não se aplica a mim	Aplica-se a mim	Aplica-se totalmente a mim
1. Tenho feito coisas que acredito vão melhorar a minha saúde, por exemplo <u>mudei a minha dieta</u>				
2. Sinto que não posso fazer nada para me animar...				
3. Sinto que os meus problemas de saúde me impedem de fazer planos para o futuro...				
4. Acredito que a minha atitude positiva poderá beneficiar a minha saúde...				
5. Não fico muito tempo a cismar na minha doença...				
6. Acredito verdadeiramente que vou melhorar...				
7. Sinto que não posso fazer nada para alterar as coisas...				
8. Deixei tudo ao cuidado dos médicos...				
9. Sinto que a vida é sem esperança...				
10. Tenho feito coisas que acredito que vão melhorar a minha saúde, por exemplo, exercício físico...				
11. Desde que a doença foi diagnosticada, percebi que a vida é valiosa e estou a aproveitá-la da melhor forma possível...				
12. Entreguei-me nas mãos de Deus...				

	Não se aplica de modo nenhum a mim	Não se aplica a mim	Aplica-se a mim	Aplica-se totalmente a mim
13. Tenho planos para o futuro, por exemplo férias, trabalho, reformas na casa...				
14. Estou preocupado(a), que a doença volte a aparecer ou piore...				
15. Tive uma vida boa e o que vier daqui para a frente é bem-vinda				
16. Penso que o meu estado de espírito pode influenciar a minha saúde...				
17. Sinto que não há nada que eu possa fazer que me ajude...				
18. Tento viver a minha vida como sempre fiz até aqui...				
19. Gostaria de contactar com outras pessoas que estivessem na mesma situação...				
20. Estou decidido(a) a pôr tudo isto para trás das costas...				
21. Tenho dificuldade em acreditar que isto tenha acontecido comigo...				
22. Sofro de grande ansiedade por causa disto...				
23. Não tenho muita esperança no futuro...				
24. Neste momento vivo um dia de cada vez...				
25. Apetece-me desistir...				
26. Tento manter algum sentido de humor em relação a isto...				
27. Os outros preocupam-se mais comigo do que eu próprio				
28. Penso noutras pessoas que estão em pior situação...				
29. Tento obter o máximo de informação acerca da doença...				
30. Sinto que não tenho controlo sobre os acontecimentos...				
31. Tento manter uma atitude muito positiva...				
32. Mantenho-me muito ocupado(a), e assim não tenho tempo para pensar nisto...				

	Não se aplica de modo nenhum a mim	Não se aplica a mim	Aplica-se a mim	Aplica-se totalmente a mim
33. Evito saber mais acerca da doença...				
34. Encaro a minha doença como um desafio...				
35. Sinto-me fatalista em relação a isto...				
36. Sinto-me completamente perdido(a) sem saber o que fazer...				
37. Sinto muito zangado(a) com o que me aconteceu...				
38. Não acreditei que tinha esta doença...				
39. Dou valor às coisas boas que me acontecem...				
40. Tento combater a doença...				
41. Penso mais na saúde e bem-estar da minha família do que na minha própria saúde...				
42. Procuro a companhia de pessoas que me compreendem e me ajudam...				
43. Vou com regularidade ao médico e sigo os conselhos dos médicos...				
44. Não preciso de me preocupar com a minha saúde porque realmente não me sinto muito mal...				
45. Tenho dito a mim próprio(a) “isto não é real” ...				
46. Quando estou triste ou nervoso(a) partilho os meus sentimentos com alguém...				
47. Procuro fazer coisas para me sentir melhor como passear, fazer compras ou estar com amigos...				

APÊNDICE II

Manual de Intervenção do Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores



SÍNTESE

Manual de intervenção elaborado para o Ensino Clínico de 2ª ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na USF Águeda + Saúde do ACES Baixo Vouga com o intuito de verificar a “Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental da Pessoa co Úlcera Crónica nos Membros Inferiores”

Sandra Marques

Introdução

O presente Manual foi contruído com o objetivo de servir como instrumento de intervenção de enfermagem nas pessoas com Úlceras Crónicas dos Membros Inferiores, desajustadas em uma ou mais dimensões da Escala de Ajustamento Mental à Doença (EAMD). Toda a informação se encontra organizada e sistematizada tanto pelas várias dimensões da escala, como se encontra parametrizada segundo a CIPE 2015.

Após a aplicação do formulário de recolha de dados proceder-se-á à identificação dos indivíduos participantes que se revelem não ajustados e em que dimensões do ajustamento mental esse desajustamento se verifica. Perante o não ajustamento em determinada(s) dimensões, aplicar-se-á uma intervenção de enfermagem focada em estratégias/atividades específicas que visem capacitar o utente na diminuição das repercussões menos positivas do impacto das úlceras crónicas do membro inferior (UCMI), ao nível do ajustamento mental. O conjunto de intervenções de enfermagem elaboradas com o intuito de facilitar o ajustamento mental dos portadores de UCMI por dimensões, constitui o manual de intervenção para este estudo.

Os indivíduos aos quais se irá aplicar as referidas intervenções terão de possuir os seguintes critérios:

- Utentes a efetuar tratamento tanto no domicílio como em ambulatório com úlcera de etiologia arterial, venosa, mista ou diabética, no membro inferior há mais de 6 semanas;
- Utentes que tenham respondido ao questionário e que tenham uma ou mais dimensões da escala desajustada.

A intervenção de enfermagem não será implementada no momento da aplicação do questionário por forma a esta não se tornar exaustiva, mas sim num próximo contato. Passado cerca de um mês da intervenção, ir-se-á aplicar novamente a EMAD em todas as suas dimensões para verificar se a intervenção de enfermagem teve algum impacto no ajustamento mental das pessoas com UCMI.

Informação Geral

A informação abaixo referida será transversal a todos os participantes.

Úlcera Crônica no Membro Inferior

- Úlcera que não cicatriza num período de 6 semanas, apesar do tratamento adequado.

Tipos mais comuns:

1. Úlcera Venosa (70 a 90 % dos casos):

- Reaparecimento em 30 a 78 % dos casos após 2 anos;
- Mais frequente em mulheres ≥ 65 anos;
- Causa principal: hipertensão venosa



Fonte:
http://procirculacao.com.br/tratamentos_insuficiencia_venosa.php

2. Úlcera Arterial:

- Bloqueio parcial ou total do fornecimento de sangue arterial às pernas;
- Causa mais comum: arteriosclerose, em que as paredes das artérias se tornam mais grossa.



Fonte:
<https://es.slideshare.net/RicardoGamboaGuillermo/valoracin-de-la-herida-3>

3. Úlcera de Pé Diabético:

- Complicação grave da diabetes *mellitus*;
- Causar incapacidade e possível amputação do membro afetado, por infecção e consequente ulceração.



Fonte:
<http://cePELLI.com.br/tratamen>

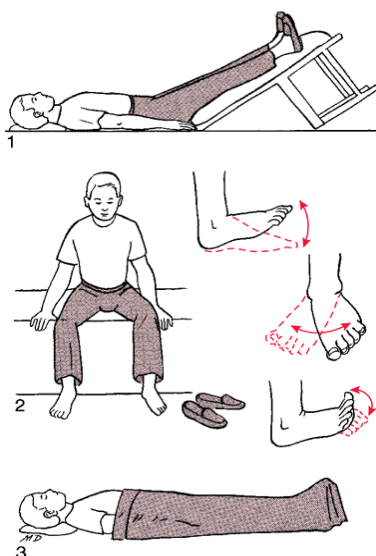
Tratamento Úlcera Crónica Membro Inferior

Farmacológico:

- Eventual medicação prescrita pelo seu médico;
- Controlo da patologia de base.

Não farmacológico:

- Cuidados de penso que variam consoante as características / tipo de úlcera;
- Controlo da patologia de base;
- Cessação tabágica e alcoólica;
- Alimentação completa, equilibrada e variada;
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina B6 (batata, banana, peito de frango, semente de girassol, salmão, atum, abacate, entre outros)
- Exercício físico regular, para doentes com claudicação intermitente (coxear), baseado em caminhadas de 30 a 60 minutos (três dias por semana no mínimo), devendo parar e descansar em caso de dor.
- Exercício de estimulação da circulação colateral (repetir o exercício 6 vezes, 3 vezes ao dia, parar se dor):



<https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Buerger>
-Allen.silverio.co

1º deitado: elevar as pernas acima do coração 2 a 3 minutos;

2º sentado: pernas pendentes e relaxadas, exercitar pés e dedos para cima e para baixo, para dentro e para fora por 3 minutos;

3º deitado: pernas aquecidas ao nível do coração por 5 minutos.

- Evitar lugares quentes e procurar lugares frescos;
- Utilizar vestuário e calçado apropriado;
- Controlar excesso de peso.

Dimensões	Diagnósticos CIPE	Intervenções CIPE 2015	Estratégias de Ensino
<u>Espírito de luta</u> Determina a existência dum conjunto de respostas de <i>coping</i> , visão otimista do futuro e crenças na possibilidade de algum controlo sobre a doença	Risco de sentimentos de impotência	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar sobre medos; • Aconselhar sobre esperança; • Facilitar capacidade de comunicar sentimentos • Apoiar crenças; • Gerir resposta negativa à situação; • Gestão de crença errónea; 	Questionar a pessoa relativamente ao que é para ela ter uma úlcera crónica. Questionar a pessoa sobre quais as suas experiências prévias com úlceras nos Membros Inferiores.
	Sobrecarga por stresse	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre gestão de <i>stresse</i>; • Ensinar sobre técnicas de relaxamento; • Gerir resposta negativa à situação; • Facilitar capacidade de comunicar necessidades; • Gerir processo de <i>coping</i> comprometido; • Gerir resposta negativa ao tratamento; • Identificar obstáculos à comunicação; • Promover <i>coping</i> efetivo. 	Questionar a pessoa sobre o que é para ela ter esta úlcera. Dar a conhecer ao indivíduo o que uma úlcera crónica pode causar: <ul style="list-style-type: none"> • Dor; • Odor (mau cheiro); • Sofrimento; • Desconforto; • Desânimo • Angústia;

	Adesão ao regime	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar capacidade para gerir regime; • Apoiar processo de tomada de decisão; • Apoiar processo de tomada de decisão familiar; • Ensinar sobre doenças; • Ensinar sobre regime de tratamento; • Envolver no processo de tomada de decisão; • Facilitar adesão ao regime; • Estabelecer prioridades do regime (tratamento); • Facilitar capacidade para participar no planeamento de cuidados; • Identificar atitude face aos cuidados; • Promover adesão ao regime; • Promover apoio da família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Raiva; • Ansiedade; • Stresse. <p>Desmistificar a ideia de que uma ferida crónica é sinónimo de perder a perna ou morte.</p> <p>Reforçar a ideia de que existe uma equipa multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social, e fisioterapeuta ultrapassar estas dificuldades), para o ajudar a ultrapassar esta dificuldade.</p> <p>Incentivar a partilhar dos medos, preocupações e dificuldades com quem lhe é mais importante (família, amigos, vizinhos, pessoas que também têm o mesmo problema, equipa de família, ...).</p>
	Autoimagem negativa	Apoiar imagem corporal positiva	<p>Reforçar a ideia de que o sentimento de tristeza pode dificultar o processo de cicatrização da úlcera.</p> <p>Incentivar a procura de soluções para as dificuldades uma de cada vez, recorrendo para isso à família, amigos, vizinhos,</p>

			<p>peessoas que também têm o mesmo problema, equipa de família.</p> <p>Referir que relativamente às atividades de vida diária não interessa tanto como este as faz, mas sim que as faz, pelo que tudo é válido.</p> <p>Ensinar estratégias para a gestão dos seus papéis: por exemplo utilizar um saco de plástico na perna, ou fazê-lo antes do tratamento sem proteção aquando o banho; reformular posto de trabalho; usar roupas ou calçado que escondam a ligadura.</p> <p>Encorajar o acompanhamento do utente ao tratamento pela família, amigo ou pessoa significativa.</p> <p>Incentivar o apoio na tomada de decisão do utente recorrendo para isso à família, amigos, pessoa significativa ou equipa de saúde de família...</p> <p>Frisar a importância da adesão ao tratamento.</p>
--	--	--	--

			<p>Referir que o reconhecimento por parte do utente do que é ter uma úlcera crónica, das suas implicações e aderindo ao tratamento proposto a cicatrização pode ser alcançada.</p> <p>Fazer reconhecer à pessoa as conquistas e a transposição de vários obstáculos ao longo da sua vida, reforçando a ideia que esta seria mais uma luta.</p> <p>Dar a conhecer que as úlceras crónicas do membro inferior, habitualmente têm uma duração média de 12 a 13 meses.</p> <p>Incentivar as atividades que lhe proporciona mais prazer: por exemplo sair com amigos, ver televisão, ir a uma festa, ler um livro, ir ao cinema...</p>
--	--	--	---

Dimensões	Diagnósticos CIPE	Intervenções CIPE 2015	Estratégias de Ensino
<u>Desespero / Desesperança</u> Delimita a existência de respostas passivas face à doença, manifestadas essencialmente por uma visão negativista das competências bem como na descrença sobre a possibilidade de qualquer controlo sobre ela.	Sobrecarga por stresse	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar <i>coping</i>; • Gerir processo de <i>coping</i> comprometido; • Promover <i>coping</i> efetivo; • Ensinar sobre gestão de stresse; 	Referir que o facto de possuir uma úlcera crónica pode ter como consequência a afetação do estilo de vida, provocar depressão, perda de autoestima, isolamento social, inabilidade para o trabalho e hospitalizações.
	Risco de sentimentos de impotência	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir resposta negativa à situação; • Gerir resposta negativa ao tratamento; • Facilitar capacidade de comunicar sentimentos. 	Desmistificar a ideia de que uma úlcera crónica é sinónimo de perder a perna ou morte. Reforçar a ideia de que existe uma equipa multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social, e fisioterapeuta ultrapassar estas dificuldades), para o ajudar a ultrapassar esta dificuldade.
	Adesão ao regime	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre doenças; • Envolver no processo de tomada de decisão; • Facilitar adesão ao regime; • Estabelecer prioridades do regime (tratamento); • Facilitar capacidade para participar no planeamento de cuidados; • Promover adesão ao regime; • Promover apoio da família. 	Incentivar a partilhar dos medos, preocupações e dificuldades com quem lhe é mais importante (família, amigos, vizinhos, pessoas que também têm o mesmo problema, equipa de família, ...). Reforçar a ideia de que o sentimento de tristeza pode dificultar o processo de cicatrização da úlcera.

			<p>Incentivar a procura de soluções para as dificuldades uma de cada vez, recorrendo para isso à família, amigos, vizinhos, pessoas que também têm o mesmo problema, equipa de família.</p> <p>Referir que relativamente às atividades de vida diária não interessa tanto como este as faz, mas sim que as faz, pelo que tudo é válido.</p> <p>Ensinar estratégias para a gestão dos seus papéis: por exemplo utilizar um saco de plástico na perna, ou fazê-lo antes do tratamento sem proteção aquando o banho; reformular posto de trabalho; usar roupas ou calçado que escondam a ligadura.</p> <p>Encorajar o acompanhamento do utente ao tratamento pela família, amigo ou pessoa significativa.</p> <p>Incentivar o apoio na tomada de decisão do utente recorrendo para isso à família, amigos, pessoa significativa ou equipa de saúde de família...</p>
--	--	--	---

			<p>Frisar a importância da adesão ao tratamento.</p> <p>Referir que o reconhecimento por parte do utente do que é ter uma úlcera crónica, das suas implicações e aderindo ao tratamento proposto a cicatrização pode ser alcançada.</p> <p>Frisar que o utente tem um papel ativo no alcance da cicatrização da úlcera.</p> <p>Dar a conhecer ao utente o que este pode fazer para ajudar na cicatrização da úlcera:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Fazer uma alimentação equilibrada, variada; · Manter a atividade física de acordo com as suas possibilidades; · Evitar locais quentes e procurar locais mais frescos; · Prevenir o excesso de peso e a prisão de ventre; <p>Usar vestuário apropriado (evitar usar roupa apertada) ...</p>
--	--	--	--

Dimensões	Diagnósticos CIPE	Intervenções CIPE 2015	Estratégias de Ensino
<u>Preocupação Ansiosa</u> Demarca a existência de ansiedade persistente, por vezes acompanhada de depressão, procura informação compulsivamente como resposta comportamental sobre a doença, mas tende a interpretá-la de forma pessimista, sendo inserto a capacidade de controlar a doença.	Sobrecarga por stresse	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar <i>coping</i>; • Gerir processo de <i>coping</i> comprometido; • Promover <i>coping</i> efetivo; • Ensinar sobre gestão de <i>stresse</i> 	<p>Questionar a pessoa relativamente ao que é para ela ter uma úlcera crónica.</p> <p>Questionar a pessoa sobre quais as suas experiências prévias com úlceras nos Membros Inferiores.</p>
	Risco de sentimentos de impotência	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir resposta negativa à situação; • Gerir resposta negativa ao tratamento; • Facilitar capacidade de comunicar sentimentos; • Ensinar sobre doenças; • Envolver no processo de tomada de decisão; • Facilitar adesão ao regime; • Estabelecer prioridades do regime (tratamento); • Facilitar capacidade para participar no planeamento de cuidados; • Promover adesão ao regime; • Promover apoio da família. 	<p>Questionar a pessoa sobre o que é para ela ter esta úlcera.</p> <p>Dar a conhecer ao indivíduo o que uma úlcera crónica pode causar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor; • Odor (mau cheiro); • Sofrimento; • Desconforto; • Desânimo
	Adesão ao regime	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre doenças; • Envolver no processo de tomada de decisão; • Facilitar adesão ao regime; • Estabelecer prioridades do regime (tratamento); • Facilitar capacidade para participar no planeamento de cuidados; • Promover adesão ao regime; • Promover apoio da família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Angustia; • Raiva; • Ansiedade; • Stresse. <p><u>Ensinar o utente técnicas para diminuir a ansiedade:</u></p>
	Dor	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre gestão da dor. 	<p>- Falar com o seu enfermeiro de família</p>

			<p>sobre o que o deixa ansioso (dor, odor da úlcera, demora do tempo de cicatrização...);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procurar partilhar os medos, preocupações e dificuldades as pessoas mais significativas (família, amigos, vizinhos, pessoas que também têm o mesmo problema, equipa de família, ...); - Expor as dúvidas em relação ao tratamento questionando o enfermeiro de família; - Procurar fazer o que lhe dá mais prazer, sair com amigos, ver televisão, ir a uma festa, ler um livro, ir ao cinema...; - Dizer ao seu enfermeiro de família se tiver dor na realização do tratamento, ou se tiver dor com o penso (existem formas para aliviarem a dor); - Tentar pensar em coisas que lhe trazem felicidade aquando da realização do penso; - Manter o bom humor; <p>Desmistificar a ideia de que uma úlcera crónica é sinónimo de perder a perna ou morte.</p> <p>Reforçar a ideia de que existe uma equipa multiprofissional (médico, enfermeiro,</p>
--	--	--	--

			<p>psicólogo, nutricionista, assistente social, e fisioterapeuta ultrapassar estas dificuldades), para o ajudar a ultrapassar esta dificuldade.</p> <p>Reforçar a ideia de que o sentimento de tristeza pode dificultar o processo de cicatrização da úlcera.</p> <p>Incentivar a procura de soluções para as dificuldades uma de cada vez, recorrendo para isso à família, amigos, vizinhos, pessoas que também têm o mesmo problema, equipa de família.</p> <p>Referir que relativamente às atividades de vida diária não interessa tanto como este as faz, mas sim que as faz, pelo que tudo é válido.</p> <p>Ensinar estratégias para a gestão dos seus papéis: por exemplo utilizar um saco de plástico na perna, ou fazê-lo antes do tratamento sem proteção aquando o banho; reformular posto de trabalho; usar roupas ou calçado que escondam a ligadura.</p> <p>Encorajar o acompanhamento do utente</p>
--	--	--	---

			<p>ao tratamento pela família, amigo ou pessoa significativa.</p> <p>Incentivar o apoio na tomada de decisão do utente recorrendo para isso à família, amigos, pessoa significativa ou equipa de saúde de família...</p> <p>Frisar a importância da adesão ao tratamento.</p> <p>Referir que o reconhecimento por parte do utente do que é ter uma úlcera crónica, das suas implicações e aderindo ao tratamento proposto a cicatrização pode ser alcançada.</p> <p>Fazer reconhecer à pessoa as conquistas e a transposição de vários obstáculos ao longo da sua vida, reforçando a ideia que esta seria mais uma luta.</p> <p>Dar a conhecer que as úlceras crónicas do membro inferior, habitualmente têm uma duração média de 12 a 13 meses.</p>
--	--	--	--

Dimensões	Diagnósticos CIPE	Intervenções CIPE 2015	Estratégias de Ensino
Fatalismo Permite saber se o doente vê o diagnóstico como uma ameaça <i>minor</i> com atitude de confronto ausente e serenidade sobre os resultados, verificando-se aceitação passiva.	<ul style="list-style-type: none"> Sobrecarga por stresse 	<ul style="list-style-type: none"> Ensinar sobre gestão de <i>stresse</i>; Avaliar <i>coping</i>; Gerir processo de <i>coping</i> comprometido; Promover <i>coping</i> efetivo; 	Questionar a pessoa relativamente ao que é para ela ter uma úlcera crónica. Questionar a pessoa sobre quais as suas experiências prévias com úlceras nos Membros Inferiores. Questionar a pessoa sobre o que é para ela ter esta úlcera. Dar a conhecer ao indivíduo o que uma úlcera crónica pode causar: <ul style="list-style-type: none"> Dor; Odor (mau cheiro); Sofrimento; Desconforto; Desânimo Angustia; Raiva; Ansiedade; Stresse.
	Risco de sentimentos de impotência	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar capacidade de comunicar sentimentos; Apoiar rituais espirituais Promover apoio espiritual; Gerir resposta negativa à situação; Gerir resposta negativa ao tratamento; Promover aceitação do estado de saúde. 	Encorajar o utente a falar com o enfermeiro de família se sentir dor ou odor, dando a noção que existem vários
	Adesão ao regime	<ul style="list-style-type: none"> Ensinar sobre doenças; Envolver no processo de tomada de decisão; Facilitar adesão ao regime; Estabelecer prioridades do regime (tratamento); Facilitar capacidade para participar no planeamento de cuidados; Promover adesão ao regime; Promover apoio da família. 	

			<p>métodos que ajudarão a lidar com essas situações;</p> <p>É importante a adesão ao tratamento abordada anteriormente;</p> <p>Dar a conhecer a importância da colaboração do utente na cicatrização da úlcera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercício físico; - Alimentação; - Controlo de outras doenças (diabetes; hipertensão, ...). <p>Incentivar a realização de atividades que lhe proporcionem prazer;</p> <p>Vincar a importância do não isolamento, dando a conhecer que:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Existem outras pessoas com um problema igual a realizar tratamento na USF. · A importância da escuta e o conforto na religião; · A importância da realização das atividades de vida diária. <p>Dar a conhecer a possibilidade de recidiva</p>
--	--	--	--

			<p>das úlceras e a forma como pode prevenir/adiar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar as meias de compressão adequadas assim que sair da cama; - Cessação tabágica; - Controle de peso e alimentação saudável; - Evitar traumatismos das pernas ou pés (fazendo a inspeção dos sapatos); - Observação regular dos seus pés (recorrendo ao espelho se necessário); - Hidratação da pele das pernas e pés; - Realização de exercício físico tendo em conta as capacidades; - Toma da medicação prescrita; - Controle de outras patologias associadas; - Importância de recorrer ao enfermeiro de família aquando de nova úlcera numa fase precoce, sem realizar tratamento em casa; <p>Reforçar a ideia de que existe uma equipa multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social, e fisioterapeuta ultrapassar estas dificuldades), para o ajudar a ultrapassar esta dificuldade.</p>
--	--	--	---

Dimensões	Diagnósticos CIPE	Intervenções CIPE 2015	Estratégias de Ensino
<u>Evitamento / Negação</u> Entendido como a recusa do diagnóstico ou admissão do diagnóstico, mas negando a gravidade com visão positiva do prognóstico em que a questão de controlo é irrelevante	Sobrecarga por stresse	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar <i>coping</i>; • Gerir processo de <i>coping</i> comprometido; • Promover <i>coping</i> efetivo; • Ensinar sobre gestão de <i>stresse</i>; 	Incentivar o utente a ponderar quais os benefícios de aderir ao tratamento em detrimento das consequências de não aderir ao tratamento.
	Risco de sentimentos de impotência	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar capacidade de comunicar sentimentos; • Gerir resposta negativa à situação; • Gerir resposta negativa ao tratamento; • Promover aceitação do estado de saúde; • Promover aceitação do estado de saúde; 	Dar a conhecer ao utente quais as dificuldades que este poderá sentir se aderir ao tratamento, tais como: <ul style="list-style-type: none"> - Alteração da atividade física; - Alteração dos hábitos alimentares; - Alteração da imagem corporal; - Alteração nas atividades de vida diária;
	Adesão ao regime	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver no processo de tomada de decisão; • Facilitar adesão ao regime; • Estabelecer prioridades do regime (tratamento); • Ensinar sobre doenças; • Facilitar capacidade para participar no planeamento de cuidados; • Promover adesão ao regime. 	Dar a conhecer ao utente ganhos que este poderá ter se aderir ao tratamento, tais como: <ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o tempo de cicatrização; - Controlar a dor; - Controlar o odor; - Aumentar-lhe a qualidade de vida. Dar a conhecer ao utente quais as consequências da não adesão ao tratamento, tais como: <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o tempo que a sua úlcera

			<p>demora a cicatrizar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a dor e odor; - Aumentar o risco de infeção; - Aumentar o risco de hospitalização; - Aumentar o risco de amputação... <p>Reforçar a ideia de que existe uma equipa multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social, e fisioterapeuta ultrapassar estas dificuldades), para o ajudar a ultrapassar esta dificuldade.</p>
--	--	--	--

APÊNDICE III

Folheto Geral – Manual de Intervenção do Ajustamento Mental da Pessoa com Úlcera Crónica
nos Membros Inferiores

Ajustamento Mental dos Portadores de Úlceras Crônicas do Membro Inferior



Photo: Getty Images/istockphoto.com
 QD:Wesley de Souza Silva/istockphoto.com
 QD:Wesley de Souza Silva/istockphoto.com

Informação Geral



Úlcera Crônica no Membro Inferior

FERIDA QUE NÃO CICATRIZA NUM PERÍODO DE 6 SEMANAS, APESAR DO TRATAMENTO ADEQUADO.

Tipos mais comuns:

1. Úlcera Venosa (70 a 90 % dos casos):

- Reparecimento em 30 a 78 % dos casos após 2 anos;
- Mais frequente em mulheres > 65 anos;
- Causa principal: hipertensão venosa.



Photo: Getty Images/istockphoto.com
 QD:Wesley de Souza Silva/istockphoto.com

2. Úlcera Arterial:

- Bloqueio parcial ou total do fornecimento de sangue arterial às pernas;
- Causa mais comum: arteriosclerose, em que as paredes das artérias se tornam mais grossas.



Photo: Getty Images/istockphoto.com
 QD:Wesley de Souza Silva/istockphoto.com

Informação Geral

3. Úlcera de Pé Diabético:

- Complicação grave da diabetes mellitus;
- Causa incapacidade e possível amputação do membro afetado, por infeção e consequente ulceração.



Tratamento Úlcera Crónica Membro Inferior

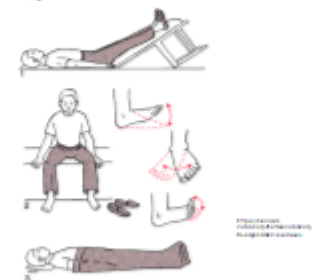
Farmacológico:

- Eventual medicação prescrita pelo seu médico;
- Controlo da patologia de base.

Não Farmacológico:

- Cuidados de penso que variam consoante as características / tipo de úlcera;
- Controlo da patologia de base;
- Cessação tabágica e alcoólica;
- Alimentação completa, equilibrada e variada;
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina B6 (batata, banana, peito de frango, semente de girassol, salmão, atum, abacate, entre outros);
- Exercício físico regular, para doentes com claudicação intermitente (covear), baseado em caminhadas de 30 a 60 minutos (três dias por semana no mínimo), devendo parar e descansar em caso de dor.

- Exercício de estimulação da circulação colateral (repetir o exercício 6 vezes, 3 vezes ao dia, parar se dor):



- 1º deitado: elevar as pernas acima do coração 2 a 3 minutos;
- 2º sentado: pernas pendentes e relaxadas, exercitar pés e dedos para cima e para baixo, para dentro e para fora por 3 minutos;
- 3º deitado: pernas aquecidas ao nível do coração por 5 minutos.

- Evitar lugares quentes e procurar lugares frescos;
- Utilizar vestuário e calçado apropriado.

Sua das Mariposa em colaboração com a USF Águeda - Saúde - 2017/2018
Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Telefone: 219-237-401
Fax: 219-237-401
Correio eletrónico: lgsm@es.spsa.ua.pt



APÊNDICE IV

Folhetos pelas diversas dimensões da EAMD– Manual de Intervenção do Ajustamento Mental
da Pessoa com Úlcera Crónica nos Membros Inferiores

Desespero / Desesperança

- Ter ferida crônica **pode afetar** o seu estilo de vida, depressão, perda de autoestima, isolamento social, incapacidade para o trabalho e hospitalizações.
- Ter ferida crônica do membro inferior não é sinônimo de perder a sua perna ou que vá morrer.
- Para o ajudar a ultrapassar estas dificuldades existe uma equipa multi-profissional nesta USF (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social e fisioterapia) .
- Procure partilhar os seus modos, preocupações e dificuldades com quem lhe é mais importante (família, amigos, vizinhos, pessoas que também têm o mesmo problema, equipa de família, ...).



- Estar triste pode dificultar a cicatrização da sua ferida.
- Procure soluções para as suas dificuldades, uma de cada vez, com a família, amigos, vizinhos, pessoas que também têm o mesmo problema, equipa de família.
- Quanto às suas atividades de vida diária, não interessa tanto como as faz, mas sim que as faz, pelo que tudo é válido.
- Ao compreender o que é ter úlcera crónica e as suas implicações e aderindo ao tratamento proposto pelo médico e enfermeiro a cicatrização pode ser alcançada.

Dimensão: Desespero / Desesperança

- Tomar banho com um saco de plástico na perna ou fazê-lo antes do tratamento sem proteção, reformular posto de trabalho, usar roupas ou calçado que escondam a ligadura.
- Faça-se acompanhar de família, amigo, pessoa significativa ao tratamento.
- Procure apoio na tomada de decisão com a família, amigos, pessoa significativa e equipa de saúde de família...
- É importante a adesão ao tratamento .

Lembre-se que tem um papel ativo no alcance da cicatrização da sua ferida.

O que pode fazer para ajudar na cicatrização da sua ferida:

- Faça uma alimentação equilibrada, variada;
- Mantenha atividade física de acordo com as suas possibilidades;
- Evite locais quentes e procure locais mais frescos;
- Previna o excesso de peso e a prisão de ventre;
- Use vestuário apropriado (evite usar roupa apertada)...



Sandra Marques em colaboração com a USF Águeda + Saúde –
2017 /2018

Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar Escola Superior de
Saúde da Universidade de Aveiro

Telefone: 219-235-401

Fax: 219-235-401

Correio eletrónico: sandra.m.s.m@ua.pt

"As barreiras são
feitas para
vencedores, pois os
perdedores olham
para elas e desistem."

(Robson Max)



Estar triste pode dificultar a cicatrização da sua ferida

- Procure soluções para as suas dificuldades, uma de cada vez, com a família, amigos, vizinhos, pessoas que também têm o mesmo problema, equipa de família.
- Quanto às suas atividades de vida diária não interessa tanto como as faz mas sim que as faz, pelo que tudo é válido.
- Tomar banho com um saco de plástico na perna ou fazê-lo antes do tratamento sem proteção, reformular posto de trabalho, usar roupas ou calçado que escondam a ligadura.
- Faça-se acompanhar de família, amigo, pessoa significativa ao tratamento.
- Procure apoio na tomada de decisão com a família, amigos, pessoa significativa e equipa de saúde de família...
- É importante a adesão ao tratamento.
- Ao compreender o que é ter úlcera crónica e as suas implicações e aderindo ao tratamento proposto pelo médico e enfermeiro a cicatrização pode ser alcançada.

Quantas e quais foram as suas conquistas ao longo da sua vida?

A cicatrização da sua ferida poderá ser mais uma...

Se foi capaz anteriormente poderá sê-lo agora também .

- As úlceras crónicas do membro inferior, habitualmente têm uma duração média de 12 a 13 meses.
- Procure fazer o que lhe dá mais prazer, sair com amigos, ver televisão, ir a uma festa, ler um livro, ir ao cinema...

Sandra Marques em colaboração com a USF Águeda + Saúde –
2017 /2018

Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar Escola Superior de
Saúde da Universidade de Aveiro

Telefone: 249-235-401

Fax: 249-235-401

Correio eletrónico: sandra.m.s.m@ua.pt

"As barreiras são
feitas para
vencedores, pois os
perdedores olham
para elas e desistem."
(Robson Max)



*Ajustamento Mental dos
Portadores de Úlceras
Crônicas do Membro
Inferior*



Dimensão de Intervenção

Evitamento / Negação

Dimensão: Evitamento / Negação
Recusa do diagnóstico, negando a gravidade e apresentando uma visão positiva das consequências (prognóstico).

Pondere os benefícios de aderir ao tratamento em detrimento das consequências da não adesão...

Aderir ao tratamento pode-lhe trazer algumas dificuldades:

- alteração dos hábitos alimentares;
- alteração da sua imagem corporal;
- alteração nas suas atividades de vida diária.

Contudo pode:

- diminuir o tempo de cicatrização;

- controlar a dor;
- controlar o odor;
- aumentar-lhe a qualidade de vida.

O facto de não aderir ao tratamento pode:

- aumentar o tempo que a sua ferida demora a cicatrizar;

- aumentar a dor e odor;
 - aumentar o risco de infecção;
 - aumentar o risco de hospitalização;
 - aumentar o risco de amputação...
- 
- <https://www.istockphoto.com/illustration/Trapped-2013-01-01>





<http://www.oxfordjournals.org/epi/advance/abstract.doi/10.1093/epi/kim001>

Telefone: 249-235-401
Fax: 249-235-401
Correio eletrónico: sandra.m.s.s.m@ua.pt

"As barreiras são feitas para vencedores, pois os perdedores olham para elas e desistem."
(Robson Max)



Diagnóstico: Fatalismo

Não se isola:

- Procure fazer atividades que lhe dão prazer.
- Existem outras pessoas com um problema igual ao seu a fazer tratamento na USF.
- Procure a escuta e o conforto na sua religião.
- Quanto às suas atividades de vida diária não interessa **tanto como as faz mas sim que as faz**, pelo que tudo é válido.

Ao compreender que é ter úlcera crónica e as suas implicações e aderindo ao tratamento proposto pelo médico e enfermeiro a cicatrização pode ser alcançada

Mesmo depois de a sua ferida cicatrizar tenha a noção que esta pode voltar a aparecer. Para evitar:

- Use as meias de compressão adequadas assim que sair da cama;
- Deixe de fumar;
- Faça uma alimentação saudável, controlando o seu peso;
- Evite traumatismos nas suas pernas ou pés (faça a inspeção dos seus sapatos como lhe é recomendado pelo seu enfermeiro);
- Faça a observação regular dos seus pés, se necessário utilize um espelho;
- Hidrate a pele das pernas e pés;
- Faça exercício físico tendo em conta as suas capacidades;
- Faça a medicação prescrita pelo seu médico;
- Controle também as outras doenças;
- Sempre que tiver uma ferida procure o seu enfermeiro de família (não faça os tratamentos em casa).

Para o ajudar a ultrapassar estas dificuldades existe uma equipa multiprofissional nesta USF (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta).

Sandra Marques em colaboração com a USF Águeda + Saúde –
2017 /2018

Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar Escola Superior de
Saúde da Universidade de Aveiro

Telefone: 249-235-401

Fax: 249-235-401

Correio eletrónico: sandra.m.s.m@ua.pt



Ajustamento Mental dos Portadores de Úlceras Crônicas do Membro Inferior



Fonte: <http://www.istockphoto.com>; 30/10/2016 10:12:10
2000px de Egg White sobre egg/123032666 por iStockphoto.com 1/20/2016

Dimensão de Intervenção

Preocupação Ansiosa

Dimensão: Preocupação Ansiosa

Ansiedade persistente acompanhada de depressão, procura constante de informação sobre a doença, contudo tende a interpretá-la de forma pessimista.

O que é para si ter uma ferida crônica no membro inferior, que experiências teve com feridas nas pernas?...

Habitualmente ter uma ferida crônica causa:

- ⇒ Dor;
- ⇒ Odor (mau cheiro);
- ⇒ Sofrimento;
- ⇒ Desconforto;
- ⇒ Desânimo;
- ⇒ Angústia;
- ⇒ Raiva;
- ⇒ Ansiedade;
- ⇒ Stress.

Técnicas para diminuir a ansiedade:

- Fale com o seu enfermeiro de família sobre o que o está a deixar ansioso (dor, odor da ferida, demora do tempo de cicatrização,...);
- Partilhe os seus medos, preocupações e dificuldades com quem lhe é mais importante (família, amigos, vizinhos, pessoas que também têm o mesmo problema, equipa de família, ...);
- Se tem dúvidas em relação ao tratamento questione o seu enfermeiro de família;
- Faça o que lhe dá mais prazer, sair com amigos, ver televisão, ir a uma festa, ler um livro, ir ao cinema...;
- Se tiver dor na realização do tratamento, ou se tiver dor com o penso, diga ao seu enfermeiro de família (existem formas para aliviar a sua dor);
- Quando lhe estiver em a fazer o penso pense em coisas que lhe trazem felicidade;
- Mantenha o bom humor...

Dimensão: Preocupação Ansiosa

Ter ferida crónica do membro inferior não é sinónimo de perder a sua perna ou que vá morrer.

Para o ajudar a ultrapassar estas dificuldades existe uma equipa multiprofissional nesta USF (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta) .

Estar triste pode dificultar a cicatrização da sua ferida.

Procure soluções para as suas dificuldades, uma de cada vez , com a família, amigos, vizinhos, pessoas que também têm o mesmo problema, equipa de família.

Quanto às suas atividades de vida diária **não interessa tanto como as faz, mas sim que as faz**, pelo que tudo é válido.

Tomar banho com um saco de plástico na perna ou fazê-lo antes do tratamento sem proteção, reformular posto de trabalho, usar roupas ou calçado que escondam a legadura;

Faça-se acompanhar de família, amigo, pessoa significativa ao tratamento.

Procure apoio na tomada de decisão com a família, amigos, pessoa significativa e equipa de saúde de família...

É importante a adesão ao tratamento .

As úlceras crónicas do membro inferior, habitualmente têm uma duração média de 12 a 13 meses.

Ao compreender o que é ter úlcera crónica e as suas implicações e aderindo ao tratamento proposto pelo médico e enfermeiro a cicatrização pode ser alcançada.

Quantas e quais foram as suas conquistas ao longo da sua vida?

A cicatrização da sua ferida poderá ser mais uma...

Se foi capaz anteriormente poderá sê-lo agora também .

Sandra Marques em colaboração com a USF Agueda + Saúde -
2017 /2018

Mestrando em Enfermagem de Saúde Familiar Escola Superior de
Saúde da Universidade de Aveiro

Telefone: 249-235-404

Fax: 249-235-404

Correio eletrónico: sandra.m.s.s.m@ua.pt

"As barreiras são
feitas para
vencedores, pois os
perdedores olham
para elas e desistem."
(Robson Max)



APÊNDICE V

Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Exmo. Sr.(a),

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema: **“A Intervenção do Enfermeiro de Família no Ajustamento Mental da Pessoa com Úlceras Crónicas nos Membros Inferiores (UCMI)”**, sob a orientação científica do Doutor João Filipe Simões, Professor Adjunto da Universidade de Aveiro e coorientação científica da Doutora Adília Fernandes, Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Bragança. O estudo tem como objetivo: **avaliar o ajuste mental dos utentes com UCMI e compreender o impacto da intervenção do enfermeiro de família, no indivíduo com UMCI.**

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Asseguramos que nesta investigação serão mantidos o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos do estudo, explicados pelo investigador;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Desde já agradeço a sua disponibilidade, estando disponível para esclarecer qualquer dúvida:

Sandra Maria Sousa Silva Marques

Local de trabalho: ÛSF Águeda + Saúde

-X-

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

Assinatura do participante:

_____ / / _____